

# ZWIĄZEK HARCERSTWA RZECZYPOSPOLITEJ

## KARTA KWALIFIKACYJNA PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

NR EWIDENCYJNY ZHR

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU (wypełnia organizator)

Organizator wypoczynku (okręg i środowisko)			
Forma HAL/HAZ (forma wypoczynku)		Komendant (kierownik wypoczynku)	
Termin		Adres / trasa / kraj (niepotrzebne skreślić)	
Miejscowość i data		Podpis organizatora	

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (proszę wypełnić czytelnie literami drukowanymi)

Imię, nazwisko			
PESEL		Data urodzenia	R R R R - M M - D D
Adres zamieszkania			
Dane kontaktowe najbliższego członka rodziny (imię i nazwisko, nr telefonu, adres email)			
Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym			

#### II.A. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA (proszę podać wszystkie istotne informacje)

Jestem uczulony			
Informacje o diecie, chorobie lokomocyjnej, chorobach przewlekłych, przebytej hospitalizacji (w przebiegu ostatniego roku), użytkowaniu aparatu ortodontyczne- go, okularów itp., występowaniu drgawek, utraty przy- tomności, zaburzeń równowagi, omdleń, lęków noc- nych, trudności w zasypianiu, moczenia, duszności itp. oraz inne istotne informacje o zdrowiu:			
Na stałe zażywam leki (podać nazwę leków i dawkowanie)			
Informacje o przebytych szczepieniach (proszę podać rok szczepienia)	Tęzec:	Błonica:	
	Dur:	Inne:	

#### II.B. OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA

**OŚWIADCZAM, ŻE** zapoznałem się i akceptuję warunki uczestnictwa w w/w wypoczynku w podanym terminie i miejscu.

**OŚWIADCZAM, ŻE** podałem wszystkie znane mi informacje o stanie mojego zdrowia, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi, a nie ujawnionych chorób. W razie zagrożenia mojego życia i pozostawania w stanie nieświadomości, wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez personel służby zdrowia oraz wyrażam zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia.

**ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ** do uiszczenia składki programowej związanej z uczestnictwem w działaniach programowych ZHR w trakcie wypoczynku w wysokości ustalonej przez organizatora. Wyrażam zgodę na to, aby w wypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających wypoczynek lub nie zgłoszenia się na wypoczynek, została mi zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie więcej niż 50 % składki programowej). Wyrażamy zgodę na pozostawienie organizatorowi salda poobozowego w formie darowizny na działalność statutową organizatora (w przypadku, gdy kwota ta będzie wyższa niż 10% składki programowej, zostanie ona zwrócona niezależnie od niniejszej zgody).

**WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY** (niepotrzebne skreślić) na przetwarzanie podanych w karcie kwalifikacyjnej moich danych osobowych, zgodnie z informacją o przetwarzaniu danych i w wymienionych w niej celach. Podanie danych we wskazanym zakresie jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zakwalifikowania uczestnika na wypoczynek.

Data i czytelny podpis uczestnika	
-----------------------------------	--

**III. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA** (wypełnia komendant)

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na obóz/kolonię/zimowisko (wypoczynek) / odmówić zakwalifikowania i skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu (niepotrzebne skreślić): .....

Data i podpis komendanta (kierownika wypoczynku)

**IV. POTWIERDZENIE POBYTU UCZESTNIKA NA OBOZIE/KOLONII/ZIMOWISKU (WYPOCZYNKU)** (wypełnia komendant)

Uczestnik przebywał na obozie/kolonii/zimowisku (wypoczynku)

w .....

od dnia ..... do dnia ..... 20..... r.

Data i podpis komendanta (kierownika wypoczynku)

**V. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O UCZESTNIKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

(wypełnia komendant, drużynowy lub wskazany przez komendanta wychowawca, jeżeli poczynione zostały ważne spostrzeżenia)

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Data oraz podpis instruktora (wychowawcy)

**VI. INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Administratorem danych osobowych jest Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej (ZHR) z siedzibą w Warszawie przy ul. Litewskiej 11/13 (email inspektora ochrony danych: iod@zhr.pl). Współadministratorem tych danych jest Okręg ZHR właściwy dla organizatora wypoczynku, jako jednostki organizacyjnej ZHR, wskazany w niniejszej Karcie uczestnika wypoczynku.

Podane dane osobowe będą przetwarzane na potrzeby oraz w celu: przyjęcia zgłoszenia, zorganizowania i zrealizowania wypoczynku, dokonania niezbędnych rozliczeń, ewaluacji, archiwizacji kart kwalifikacyjnych itp. oraz zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zg. z ustawą z 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz.2135 z późn. zm.). Informacje o ograniczeniach prawnych kontaktu dziecka z innymi osobami (jeśli takie istnieją) przetwarzane będą w celu realizowania orzeczonego zakazu w czasie opieki nad uczestnikiem, którego dane dotyczą. Imię, nazwisko, PESEL oraz dane kontaktowe będą również przetwarzane celem aktualizacji tych danych w kartotekach członków ZHR. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust 1 lit. a), b), c), f ) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000). W przypadku danych o zdrowiu dziecka, które stanowią szczególną kategorię danych osobowych, podstawą przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. a) RODO.

Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie osoby, których dane dotyczą; członkowie ZHR odpowiedzialni za wypoczynek i działalność jednostki organizacyjnej uczestnika; podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty uczestniczące w realizacji usług, gdy ich realizacja tego wymaga (np. ubezpieczyciel). Dane przetwarzane dla celów związanych z realizacją wypoczynku będą przetwarzane przez czas organizacji, trwania i rozliczania danego wypoczynku, natomiast dane przetwarzane dla celów rozliczeń i archiwizacji będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami państwowymi oraz instrukcjami wewnętrznymi ZHR.

Uczestnik (jego pełnoprawny opiekun) posiada prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody (jeżeli została wyrażona) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem dotychczasowego przetwarzania. Ma także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.