**Załącznik nr 1**

Małopolskie Centrum Nauki

COGITEON

Ul. Izydora Stella-Sawickiego 26,

31-866 Kraków

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I.INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku:

 kolonia

 obóz

 biwak

**x półkolonia**

 inna forma wypoczynku **Nie dotyczy.**

 (*proszę podać formę*)

**2. Termin wypoczynku**: **…………………………………………..**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

Małopolskie Centrum Nauki COGITEON

Ul. Izydora Stella-Sawickiego 26, 31-866 Kraków

4. Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym) **Nie dotyczy.**

5. Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą**. Nie dotyczy**

Kraków, dnia ……………………………..r. …………………………………………………….

 *(miejscowość, data)* (*podpis organizatora wypoczynku*)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. **Imię (imiona) i nazwisk dziecka** …………………………………………………………………………………..……………….

**2. Imiona i nazwiska rodziców:** ……………………………………………….…………………………………………………………

**3. Rok urodzenia dziecka:**…………………………………………………………………………………………………………………..

**4. Adres zamieszkania:**………………………….………..………..…………………………………………………………………………

5. **Adres zamieszkania ( zameldowania) lub pobytu rodziców:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**6. Numer telefonu rodziców** lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku ………………………………………………………………………………………..

**7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku**, w szczególności
o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

8**. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku**, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

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

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień): tężec………………………………………………………………………………………………………

błonica..………………………………………………………………………………………………..…

dur ……………………………………………………………………………………….…….……… inne……………………………………………………………………………………………………….

**oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku** …………………………………….………

......................................... …..…................................................ (*data*) (*podpis rodziców/opiekunów)*

**III. OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

1. Administratorem danych uczestników gromadzonych w zakresie niezbędnym do realizacji wypoczynku jest MCN Cogiteon.
2. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do identyfikacji uczestników zajęć, realizacji zajęć, a także do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestników oraz w celu umożliwienia kontaktu z opiekunami (zwłaszcza w sytuacjach wymagających szybkiej interwencji).
3. Szczegóły dotyczące przetwarzania danych osobowych związanych z organizacją wypoczynku znajdują się na końcu w Regulaminu, a także na oficjalnej stronie MCN Cogiteon <https://cogiteon.pl/informacje-prawne>

**OŚWIADCZENIA**

 Zapoznałem się z zasadami przetwarzania danych osobowych moich oraz mojego dziecka/ podopiecznego, w tym danych zdrowotnych w zakresie niezbędnym dla prawidłowej i bezpiecznej realizacji wypoczynku zgodnie z ogólnym rozporządzeniem RODO\*.

Podając dane osoby trzeciej (odbiór dziecka z zajęć przez inne osoby niż opiekun) zobowiązuje się tym samym do powiadomienia jej o tym fakcie wraz z podaniem źródła obowiązku informacyjnego.

…………………………………….……….

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna

\* ogólne rozporządzenie RODO: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych

**IV. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

 Postanawia się:

 **zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek**

 **odmówić skierowania** uczestnika na wypoczynek ze względu ............................................................ ..............................................................................................

Kraków, dn. …………………….r. ……..….......................................... (*miejscowość, data****)*** *(podpis organizatora wypoczynku)*

**V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

 **Uczestnik przebywał** Małopolskie Centrum Nauki „COGITEON”
ul. Izydora Stella-Sawickiego 26, 31-866 Kraków

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok)……………………do dnia (dzień, miesiąc, rok) .................................... .

 ......................................... ........................................................................ ***(data***) (***podpis kierownika wypoczynku***)

**VI. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE** ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...................................... ................................................................. (*miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)*

**VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU** ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................... ………….……...................................... *(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)*

Zapoznałem się z kartą uczestnika : ……………………………………………………………………..

(podpis wychowawcy wypoczynku)

Kraków, dnia……………………………..

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA

 Wyrażam zgodę na odbiór mojego dziecka ………………………………………………………………………….……

(imię i nazwisko dziecka ) z półkolonii odbywających się na terenie Małopolskiego Centrum Nauki Cogiteon przez ……………………………………………………………………………………………..(imię i nazwisk osoby upoważnionej)

o nr telefonu ………………………………………………………. w dniach ……………………………………………………………..

w godzinach…………………………… .

……………………………………

Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego