



|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PESEL dziecka                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nr członkowski w Ewidencji ZHP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Załącznik do karty kwalifikacyjnej niepełnoletniego uczestnika wycieczki i niepełnoletniego uczestnika formy HALiZ innej niż wycieczka**

**I. Informacje dotyczące uczestnika formy HALiZ/wycieczki**

|                                      |                               |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Imię i nazwisko dziecka           |                               |
| 2. Dane rodziców/ opiekunów prawnych | Imię i nazwisko               |
|                                      | Adres zamieszkania lub pobytu |
|                                      | Telefon                       |

**II. Zobowiązania, zezwolenia i oświadczenia**

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 150,00 zł, słownie: sto pięćdziesiąt złotych .

- Oświadczam, że zapoznałam(-em) się i akceptuję warunki uczestnictwa mojego dziecka na obozie w Kliczkowie w terminie 26.01.2019 - 31.01.2019 .
- Oświadczam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie HALiZ/ wycieczki.
- Oświadczam, dziecko przyjmuje na stałe następujące leki:

w dawkach:

(na dowód czego załączam odpowiednie zaświadczenie lekarskie) oraz, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki (w przypadku ich zażywania przez dziecko na stałe) w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całej formy HALiZ/ wycieczki i jednocześnie przekazuję je opiekunowi/ pielęgniarce.

- Oświadczam, że w razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez właściwy personel służby zdrowia.
- Ja, niżej podpisany/podpisana , jako pełnoprawny opiekun dziecka - uczestnika obozu, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Związek Harcerstwa Polskiego, Chorągiew Dolnośląską, Hufiec Bolesławiec wizerunku mojego dziecka tj. użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Polskiego, Chorągwi Dolnośląskiej, Hufca Bolesławiec na czas nieokreślony . Zgoda na przetwarzanie wizerunku mojego dziecka obejmuje: tworzenie, powielanie oraz kompozycję wizerunku w materiałach Związku Harcerstwa Polskiego, Chorągwi Dolnośląskiej, Hufca Bolesławiec używanych w ramach prowadzenia przez nie działalności statutowej.

Jednocześnie zezwalam/~~nie zezwalam~~\* na nieodpłatne rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka w celach promocyjnych oraz w celach informacyjnych związanych z prowadzoną działalnością przez Związek Harcerstwa Polskiego, Chorągiew Dolnośląską, Hufiec Bolesławiec w formach:

- ✓ zamieszczenie wizerunku w strukturze zimowiska
- ✓ rejestrowanie wizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Polskiego,
- ✓ publikacji na stronie internetowej: [zhp.boleslawiec.pl](http://zhp.boleslawiec.pl) i stronach drużyn
- ✓ umieszczenia na identyfikatorze kolonijnym/obozowym/biwakowym i innej formy HLiZ/wypoczynku - o ile występuje,
- ✓ publikacji w informatorze promocyjnym,
- ✓ publikacji w ofertach przekazywanych podmiotom finansującym / dofinansowującym / wspierającym\* w ramach rozliczenia.

Zezwolenie dotyczy fotografii przedstawiającej moje dziecko w postaci zarówno całej sylwetki, jak i portretu, osobno lub w zestawieniu z wizerunkami innych osób.

Oświadczam ponadto, że zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka wyrażam dobrowolnie.

„Administratorem danych osobowych jest Związek Harcerstwa Polskiego, Chorągiew Dolnośląska im. hm. Stefana Mirowskiego, z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Nowej 6, zwana dalej Stowarzyszeniem. 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), na potrzeby oraz w celu przyjęcia zgłoszenia, dokonania niezbędnych rozliczeń, koordynacji działań programowych i wypoczynku, archiwizacji kart kwalifikacyjnych, rozpatrzenia ewentualnych reklamacji w przypadku jej złożenia, bądź ewentualnego dochodzenia roszczeń, jak też marketingu bezpośredniego prowadzonego w formie tradycyjnej, dotyczącego własnych produktów lub usług, co nie wymaga zgody. Za odrębnie wyrażonymi zgodami dane osobowe mogą być przetwarzane w celach marketingowych podejmowanych samodzielnie lub we współpracy z innymi podmiotami -----\*. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty uczestniczące w realizacji usług tj. ----- . Dane przetwarzane dla celów związanych z realizacją przedmiotu formy HALiZ/wypoczynku będą przetwarzane przez czas świadczenia usługi. Dane przetwarzane w związku z dochodzeniem ewentualnych roszczeń będą przetwarzane przez 3 lata od zakończenia formy HALiZ/wypoczynku. Natomiast dane przetwarzane dla celów rozliczeń będą przetwarzane przez okres 5 lat od zakończenia roku obrotowego, w którym wystawiono ostatni dokument księgowy.

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 (w przypadku jej wyrażenia) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Ma także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO. Podanie danych w zakresie wskazanym jest dobrowolne, ale niezbędne do zakwalifikowania uczestnika na formę HALiZ/wypoczynku.

## TERMIN REKRUTACJI, FAKTURY

Uzupełnione karty wraz z odpowiednim załącznikiem przyjmowane są w biurze Komendy Hufca do 10 stycznia 2019 r. Do tego terminu należy także wpłacić ( na rachunek bankowy Hufca 39 1090 1939 0000 0005 1600 0214) zaliczkę w wysokości 50 zł.

Faktury wystawiane są na życzenie w miesiącu wpłaty.

Proszę o wystawienie faktury dla\*:

Rezygnuję z faktury\*

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

miejsowość, data

podpisy rodziców / opiekunów prawnych /  
podpis pełnoletniego uczestnika formy HALiZ/wypoczynku

Legenda: Zielone pola wypełnia organizator

Żółte pola wypełniają rodzice/opiekunowie prawni

\*niepotrzebne skreślić