



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

## Załącznik do karty kwalifikacyjnej niepełnoletniego uczestnika wycieczki i niepełnoletniego uczestnika formy HALiZ innej niż wycieczek

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

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

### II. Zobowiązania, zezwolenia i oświadczenia

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości \_\_\_\_\_ 520 \_\_\_\_\_ zł,  
słownie: \_\_\_\_\_ pięćset dwadzieścia złotych 00/100 \_\_\_\_\_

- Oświadczam, że zapoznałam(-em) się i akceptuję warunki uczestnictwa na \_\_\_\_\_ (nazwa formy) \_\_\_\_\_  
mojego dziecka w terminie \_\_\_\_\_  
9.02.2019r. - 13.02.2019 r. \_\_\_\_\_ w \_\_\_\_\_ Korbiewowie \_\_\_\_\_.
- 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/wychowawcy/pielęgniarkę\*.
- 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 \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko), jako pełnoprawny opiekun dziecka \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko dziecka) - uczestnika obozu/kolonii/biwaku\*, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Związek Harcerstwa Polskiego, \_\_\_\_\_ Chorągwi Śląską \_\_\_\_\_ wizerunku mojego dziecka tj. użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Polskiego, \_\_\_\_\_ Chorągwi Śląskiej \_\_\_\_\_ na czas 9.02.2019r.-13.02.2019r. Zgoda na przetwarzanie wizerunku mojego dziecka obejmuje: tworzenie, powielanie, kadrowanie oraz kompozycję wizerunku w materiałach Związku Harcerstwa Polskiego, \_\_\_\_\_ Chorągwi Śląska \_\_\_\_\_ 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, \_\_\_\_\_ Chorągwi Śląska \_\_\_\_\_ w formach:

- ✓ zamieszczenie wizerunku w strukturze zimowiska,
- ✓ rejestrowanie wizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Polskiego,
- ✓ publikacji na stronie internetowej: [czarna5.zhp.net.pl](http://czarna5.zhp.net.pl)
- ✓ umieszczenia na identyfikatorze kolonijnym/obozowym/biwakowym i innej formy HALiZ/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 Śląska Al. Korfantego 8 40-004 Katowice, [biuro@slaska.zhp.pl](mailto:biuro@slaska.zhp.pl); 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. Polisa w PZU S.A. 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 celu zakwalifikowania uczestnika na formę HALiZ/wypoczynku.

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

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