

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

FORMA WYPOCZYNKU

TERMIN WYPOCZYNKU

WYCIECZKA WYJAZDOWA

ADRES ORGANIZATORA

KAMIEŃSKI DOM KULTURY W KAMIENIU POMORSKIM

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

KAMIEŃ POMORSKI

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYCIECZKI

IMIĘ I NAZWISKO

IMIONA I NAZWISKA RODZICÓW

WIEK DZIECKA

ADRES ZAMIESZKANIA

ADRES ZAMIESZKANIA LUB POBYTU RODZICÓW

NUMERY TELEFONÓW RODZICÓW

INFORMACJA O SPECJALNYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH UCZESTNIKA JEDNODNIOWYCH WYCIECZEK „KADEK TRAVEL KIDS”

ISTOTNE DANE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYCIECZKI, ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNYM I STOSOWANEJ DIEDIE
(NP. NA CO UCZESTNIK JEST UCZULONY, JAK ZNOSI JAZDĘ SAMOCHODEM, CZY PRZYJMUJE STALE LEKI, CZY NOSI OKULARY)

PESEL UCZESTNIKA WYCIECZKI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA I PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

OŚWIADCZENIA

WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ SYNA/CÓRKI W WYCIECZKACH „KADEK TRAVEL KIDS” 2025 ORGANIZOWANYCH PRZEZ KAMIEŃSKI DOM KULTURY W KAMIENIU POMORSKIM, W OKRESIE OD 18.08.2025 R. DO 20.08.2025 R. STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM/EM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI NAD DZIECKIEM W TRAKCIE TRWANIA WYCIECZEK. JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE NIE SĄ MI ZNANE ŻADNE PRZECIWWSKAZANIA ZDROWOTNE UNIEMOŻLIWIAJĄCE MOJEMU DZIECKU UDZIAŁ W ZAJĘCIACH RUCHOWYCH.

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY* NA WYKORZYSTYWANIE PRZEZ KAMIEŃSKI DOM KULTURY WIZERUNKU MOJEGO DZIECKA ORAZ NA OBRÓT EGZEMPLARZAMI, NA KTÓRYCH UTRWALONO TEN WIZERUNEK ORAZ NA ZWIELOKROTNIANIE WIZERUNKU WSZELKIMI DOSTĘPNYMI AKTUALNIE TECHNIKAMI I METODAMI, ROZPOWSZECZNIANIE ORAZ PUBLIKOWANIE, TAKŻE WRAZ Z WIZERUNKAMI INNYCH OSÓB, POPRZEC ROZPOWSZECZNIANIE WIZERUNKU W MEDIACH ELEKTRONICZNYCH, W SZCZEGÓLNOŚCI NA STRONACH INTERNATOWYCH ORAZ NA PORTALACH SPOŁECZNOŚCIOWYCH, PRASIE, BROSZURACH, ULOTKACH, GAZETKACH ITP. W CELACH REKLAMOWYCH, MARKETINGOWYCH I INFORMACYJNYCH ZWIĄZANYCH Z PROWADZONĄ PRZEZ KAMIEŃSKI DOM KULTURY DZIAŁALNOŚCIĄ ZGODNIE Z ART.6 UST.1 LIT. A OGÓLNEGO ROZPORZĄDZENIA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH Z DNIA 27 KWIEŃNIA 2016 R

* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

DATA I PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE ODBIERANIA DZIECKA

OŚWIADCZAM, ŻE UPOWAŻNIAM PANA/PANIĄ

IMIĘ I NAZWISKO, NUMER DOWODU OSOBISTEGO, NR TELEFONU

DO ODBIORU MOJEGO DZIECKA

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

Z KAMIEŃSKIEGO DOMU KULTURY W KAMIENIU POMORSKIM PO ZAKOŃCZENIU ZAJĘĆ ORAZ WYCIECZEK ORGANIZOWANYCH W RAMACH JEDNODNIOWYCH WYCIECZEK „KADEK TRAVEL KIDS” RÓWNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE PO OPUSZCZENIU KAMIEŃSKIEGO DOMU KULTURY PRZEZ SYNA/CÓRKĘ BIORĘ NA SIEBIE PEŁNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNĄ ZA BEZPIECZEŃSTWO DZIECKA BĘDĄCEGO POD OPIEKĄ UPOWAŻNIONEJ PRZEZE MNIE OSOBY.

DATA I PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SAMODZIELNEGO POWROTU DZIECKA

WYRAŻAM ZGODĘ NA SAMODZIELNY POWRÓT DO DOMU MOJEGO DZIECKA

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

PO ZAKOŃCZONEJ WYCIECZCE W RAMACH JEDNODNIOWYCH WYCIECZEK „KADEK TRAVEL KIDS” RÓWNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE PO OPUSZCZENIU KAMIEŃSKIEGO DOMU KULTURY PRZEZ SYNA/CÓRKĘ PRZEJMUJĘ NAD NIM/NIĄ OPIEKĘ I BIORĘ NA SIEBIE PEŁNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA JEGO /JEJ BEZPIECZEŃSTWO I ZACHOWANIE ORAZ SPOSÓB POWROTU DO DOMU.

DATA I PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO