



|                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PESEL dziecka                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nr członkowski<br>w Ewidencji ZHP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Załącznik do karty kwalifikacyjnej niepełnoletniego uczestnika wycieczki i niepełnoletniego uczestnika formy HALiZ

(Do treści zawartych w załączniku można dodać własne zapisy, jednakże bez dokonywania zmian w istniejącym tekście)

### 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<br>lub pobytu |  | Adres zamieszkania<br>lub pobytu |
|   | Telefon                          |  | Telefon                          |

### II. Zobowiązania, zezwolenia i oświadczenia

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości .....

słownie: .....

- Oświadczam, że zapoznałam(-em) się i akceptuję warunki uczestnictwa na obozie stałym/ kolonii zuchowej mojego dziecka w terminie ..... w Szarym Dworze.
  - Oświadczam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie HAL 2024.
  - 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 HAZ/ wycieczki i jednocześnie przekazuję je opiekunowi/ wychowawcy/ 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 (imię i nazwisko)....., jako pełnoprawny opiekun dziecka (imię i nazwisko dziecka) ..... uczestnika obozu stałego/ kolonii wycieczkowej, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Związek Harcerstwa Polskiego, Komenda Śląskiej Chorągwi ZHP - Hufiec Chrzanów wizerunku mojego dziecka tj. użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Polskiego, Komenda Śląskiej Chorągwi ZHP - Hufiec ZHP Chrzanów.

Zgoda na przetwarzanie wizerunku mojego dziecka obejmuje: tworzenie, powielanie, kadrowanie oraz kompozycję wizerunku w materiałach Związku Harcerstwa Polskiego, Komenda Śląskiej Chorągwi ZHP - Hufiec Chrzanów 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, w formach:

- ✓ zamieszczenie wizerunku w strukturze,
- ✓ rejestrowanie wizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Polskiego,
- ✓ publikacji na stronie internetowej: Hufca ZHP Chrzanów,
- ✓ 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 ZHP ul. Harcerska 3 B 41-500 Chorzów,,: 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. (np. dane ubezpieczyciela itp.). 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 w 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