

DOKUMENTY UCZESTNIKA

Imię i nazwisko Uczestnika Zgrupowania (dalej „Uczestnik”)

Ja, niżej podpisany zgłaszam w/w Uczestnika do udziału w Sportowym Zgrupowaniu Szkoleniowym:



termin: 8-17 lipca 2025 (wyjazd 7 lipca)



miejsce: Ośrodek Kolonijno -Wypoczynkowy „Stoltur” w Niechorzu



organizator: Katowicka Akademia Karate z siedzibą w Katowicach, NIP: 9542822683

Uczestnik zgrupowania jest (postaw X przy właściwym):

☐

osobą pełnoletnią (sam podpisuje wszystkie załączone dokumenty)

☐

osobą niepełnoletnią - w imieniu Uczestnika oświadczenia składa Rodzic lub Opiekun prawny:

Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego Uczestnika (dalej „Opiekun”)

Katowice, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Czytelny Podpis Uczestnika / Opiekuna

Wypełnione, wydrukowane i podpisane dokumenty należy dostarczyć
do Organizatora najpóźniej w terminie do **16 maja 2025 roku.**



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. Informacje dotyczące wypoczynku (wypełnia Organizator):

1. Forma wypoczynku

☐ kolonia

☐ zimowisko

☐ obóz

☐ biwak

☐ półkolonia

☒ inna forma wypoczynku: sportowe zgrupowanie szkoleniowe

2. Termin wypoczynku: 8-17 lipca 2024 (wyjazd 7 lipca)

3. Adres wypoczynku: Ośrodek Kolonijno - Wypoczynkowy „Stoltur” w Niechorzu, Al. Bursztynowa 29

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym: nie dotyczy

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą: nie dotyczy

Katowice, 07 / 03 / 2025 r.

Miejscowość, data

KATOWICKA AKADEMIA KARATE
40-616 Katowice, ul. Jerzego 116/50
KRS: 0000880477, REGON: 388018640
NIP: 0542822683

Podpis organizatora wypoczynku

II. Informacje dotyczące Uczestnika wypoczynku:

WYPEŁNIA UCZESTNIK / OPIEKUN

1. Imię (imiona) i nazwisko:

2. Imiona i nazwiska rodziców:

3. Rok urodzenia

 / /

4. Numer PESEL Uczestnika wypoczynku:

5. Adres zamieszkania:

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (w przypadku uczestnika niepełnoletniego):

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego

uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku:

8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku,

w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania

społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

9. 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)

oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień - kserokopia):

- tężec
- błonica
- inne

Katowice, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Czytelny Podpis Uczestnika / Opiekuna

III. Decyzja organizatora wypoczynku o zakwalifikowaniu uczestnika wypoczynku do udziału w wypoczynku (wypełnia Organizator):

Postanawia się

☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

Katowice, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Podpis kierownika wypoczynku

IV. I. Potwierdzenie przez kierownika wypoczynku pobytu uczestnika wypoczynku w miejscu wypoczynku (wypełnia Organizator):

Uczestnik przebywał w: Ośrodek Kolonijno -Wypoczynkowy „Stoltur” w Niechorzu, Al. Bursztynowa 29

od dnia:

2025

 / / do dnia:

2025

 / /

Niechorze, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Podpis kierownika wypoczynku

V. I. Informacja kierownika wypoczynku o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku w czasie trwania wypoczynku oraz o chorobach przebytych w jego trakcie (wypełnia organizator):

Niechorze, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Podpis kierownika wypoczynku

VI. Informacje i spostrzeżenia wychowawcy wypoczynku dotyczące pobytu uczestnika wypoczynku (wypełnia Organizator):

Niechorze, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Podpis wychowawcy wypoczynku

Załącznik nr 2 do dokumentów Uczestnika

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA

Oświadczam, że:

- na dzień wyjazdu na wypoczynek, Uczestnik zgrupowania jest zdrowy, nie występują u niego objawy infekcji oraz objawy chorobowe sugerujące chorobę zakaźną,
- w przypadku wystąpienia u niepełnoletniego Uczestnika niepokojących objawów choroby zakaźnej (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności), zobowiązuję się do niezwłocznego odbioru uczestnika z zgrupowania w czasie do 12 godzin, wskazuję jednocześnie poniższe dane osób do tzw. „szybkiego kontaktu”:

Dane osób upoważnionych do udzielenia informacji o stanie zdrowia uczestnika

oraz zawiadomienia w przypadku wystąpienia u Uczestnika objawów chorobowych

Prosimy o wskazanie **minimum jednej osoby** do tzw. „szybkiego kontaktu”

Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa

Numer telefonu

- jestem świadomy zagrożenia związanego z możliwością zachorowania przez Uczestnika na chorobę zakaźną oraz konieczności dostosowania się do zasad bezpieczeństwa, a w razie wykrycia zakażenia u Uczestnika nie będę rościł/a praw do odszkodowania wobec Organizatora oraz Ośrodka oraz zwrotu środków za niewykorzystane dni, podczas zgrupowania (przyjmując do wiadomości, że jest to sytuacja niezależna od Organizatora)

Katowice, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Czytelny Podpis Uczestnika / Opiekuna

Załącznik nr 3 do dokumentów Uczestnika

UPOWAŻNIENIE

do leczenia dziecka i/lub podania leków dziecku z chorobą przewlekłą

(dotyczy niepełnoletnich Uczestników)

- 1. Zgoda na leczenie dziecka**, tj.: konsultację lekarską oraz na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów medycznych lub operacji w stanach zagrażających zdrowiu lub życiu Uczestnika.

Wyrażam tym samym zgodę na przetwarzanie przez Organizatora danych osobowych Uczestnika na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia Uczestnika, na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

☐ TAK, wyrażam zgodę ☐ NIE wyrażam zgody

- 2. Zgoda na podanie leków Uczestnikowi z chorobą przewlekłą.** Upoważniam wskazanego przez kierownika obozu członka kadry wychowawczej do podawania Uczestnikowi następujących leków:

Wyrażam tym samym zgodę na przetwarzanie przez Organizatora danych osobowych Uczestnika na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia Uczestnika, na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

☐ TAK, wyrażam zgodę ☐ NIE wyrażam zgody

Katowice, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Czytelny Podpis Uczestnika / Opiekuna

ZGODA NA OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM

Wyrażam zgodę na objęcie Uczestnika **dobrowolnym ubezpieczeniem** z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) przez wybranego przez Organizatora Ubezpieczyciela w związku z udziałem Uczestnika w Zgrupowaniu. W związku z powyższym wyrażam zgodę na przetwarzanie wskazanych danych osobowych Uczestnika (imię i nazwisko, PESEL / data urodzenia) przez Organizatora i ich udostępnienie pośrednikowi ubezpieczeniowemu i/lub wybranemu przez niego Ubezpieczycielowi oraz dalsze przetwarzanie w powyższym celu.

Podstawa prawna: art. 6 ust. 1a RODO.

Przyjmuję do wiadomości, że mogę niniejszą zgodę w dowolnym momencie wycofać.

☐ TAK, wyrażam zgodę ☐ NIE wyrażam zgody

Katowice, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Czytelny Podpis Uczestnika / Opiekuna

DOSTĘP DO ZDJĘĆ I FILMÓW Z OBOZU

czyli zgoda na przetwarzanie i rozpowszechnianie wizerunku
wyłącznie w celach informacyjnych i pamiątkowych

Zgoda 1

Dostęp do dedykowanego folderu ze zdjęciami z obozu – folder zabezpieczony jest hasłem, a dostęp do niego otrzymują wyłącznie Uczestnicy / Opiekunowie. Nie obawiaj się – zdjęcia nie zostaną opublikowane przez organizatora. Otrzymasz hasło, dzięki któremu będziesz mógł pobrać zdjęcia do swojego prywatnego użytku.

Wyrażam zgodę Organizatorowi zgrupowania na przetwarzanie, w tym rozpowszechnianie i innego rodzaju udostępnienie pozostałym Uczestnikom i ich Opiekunom wizerunku (bez oznaczenia imieniem i nazwiskiem) Uczestnika, utrwalonego w formie relacji, zdjęć i filmów z Zajęć poprzez ich umieszczanie w zabezpieczonym hasłem albumie zamieszczonym na serwisie umożliwiającym bezpieczne ich przechowywanie, w celach wyłącznie informacyjnych i pamiątkowych. Podstawa prawna: art. 6 ust.1 lit. a RODO. Niniejsza zgoda stanowi równocześnie zezwolenie na nieodpłatne rozpowszechnianie wizerunku Uczestnika w rozumieniu art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 1994 nr 24 poz. 83 z późn. zm.) zgodnie z celem wskazanym powyżej.

☐ TAK, wyrażam zgodę ☐ NIE wyrażam zgody

Katowice, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Czytelny Podpis Uczestnika / Opiekuna

Zgoda 2

Abyśmy mogli popularyzować naszą sportową działalność prosimy Was o wyrażenie poniższej zgody. Wyrażenie tej zgody jest dobrowolne, ale tylko dzięki niej możemy promować nasz klub i zachęcać do podejmowania aktywności fizycznej dzieci, młodzież i dorosłych. Pamiętajcie proszę, że zgodę tę możecie w dowolnym momencie wycofać w ten sam sposób jak ją wyraziliście – czyli składając Nam pisemne oświadczenie. Będziemy przetwarzać wizerunek Uczestnika wyłącznie do czasu wycofania zgody.

Wyrażam zgodę Organizatorowi zgrupowania na przetwarzanie, w tym rozpowszechnianie i innego rodzaju udostępnienie poprzez umieszczanie na jego stronie internetowej oraz na jego fanpage'u na profilach społecznościowych: Facebook, Instagram oraz materiałach promocyjnych w celach marketingowych, wizerunku (bez oznaczenia imieniem i nazwiskiem) Uczestnika zajęć utrwalonego w formie relacji, zdjęć i filmów z Zajęć. Podstawa prawna: art. 6 ust.1 lit. a RODO. Niniejsza zgoda stanowi równocześnie zezwolenie na nieodpłatne rozpowszechnianie wizerunku Uczestnika w rozumieniu art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 1994 nr 24 poz. 83 z późn. zm.) zgodnie z celem wskazanym powyżej.

☐ TAK, wyrażam zgodę ☐ NIE wyrażam zgody

Katowice, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Czytelny Podpis Uczestnika / Opiekuna

Załącznik nr 6 do Dokumentów Uczestnika

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią „Regulaminu sportowego zgrupowania szkoleniowego karate”, zapoznałem z ich treścią Uczestnika oraz zobowiązujemy się do ich bezwzględnego przestrzegania.

Katowice, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Czytelny Podpis Uczestnika / Opiekuna

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych oraz danych osobowych Uczestnika wypoczynku oraz z informacjami o ewentualnym wykorzystaniu wizerunku Uczestnika wypoczynku (na podstawie wyrażonych zgód w Załączniku nr 5).

Katowice, _ _ / _ _ / 2025 r.

Miejscowość, data

Czytelny Podpis Uczestnika / Opiekuna

Ileokroć w dokumentach jest mowa o RODO, należy rozumieć przez to Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).