



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA TWÓRCZYCH WAKACJI

I INFORMACJE ORGANIZATORA O TWÓRCZYCH WAKACJACH

1. Adres organizatora Centrum Działań Twórczych, al. KEN 6a, 59-300 Lubin
TEL. 767560015
2. Czas trwania **I turnus 27.06 – 01.07.2022**
II turnus 04.07 – 08.07.2022

II INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA TWÓRCZYCH WAKACJI

1. Wybrany turnus
2. Imię i nazwisko dziecka
3. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych
4. Data urodzenia dziecka
5. Adres zamieszkania
6. Numer telefonu rodziców/opiekunów prawnych
7. E – mail
8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co dziecko jest uczulone, czy przyjmuje stałe leki)
9. Numer PESEL dziecka

III OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

1. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów twórczych wakacji dziecka w wysokości **250,00 zł (200 zł dla uczestników warsztatów CDT) płatne do 20 czerwca 2022r.**, przelewem na rachunek bankowy Centrum Działań Twórczych w Lubinie nr: **Santander Bank Polska nr 24 1090 2082 0000 0001 4910 5220 (w tytule przelewu: twórcze wakacje, imię i nazwisko dziecka, turnus).**
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w Twórczych Wakacjach 2022, akceptuję go i zobowiązuję się zapoznać z nim uczestnika Twórczych Ferii.

.....
(miejsowość i data, podpis rodzica/opiekuna prawnego)



OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że moje dziecko/mój podopieczny

1. W ciągu ostatnich 14 dni nie miało kontaktu z osobą: chorą, zarażoną, pozostającą w izolacji lub na kwarantannie, wracającą z zagranicy, wykazującą oznaki chorobowe zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
2. W ciągu 14 dni nie miało oznak zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2: podwyższonej temperatury, duszności, kaszlu, bóli mięśni i stawów.

.....
(miejsce i data, podpis rodzica/opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE O POWROCIE DZIECKA DO DOMU

Oświadczam, że moje dziecko/mój podopieczny

(imię i nazwisko) z zajęć odbywających się w ramach Twórczych Wakacji *:

- a) będzie wracał(a) samodzielnie,
- b) będzie odbierany(a) przez rodziców, tj.:

.....
c) będzie odbierany(a) przez następujące osoby (niniejszym wyrażam zgodę na odbiór
mojego dziecka przez wskazane osoby)

.....
(imię, nazwisko i PESEL osoby odbierającej) * należy zaznaczyć odpowiednią
odповідь/odpowiedzi

.....
(miejsce i data, podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Lubin, dnia

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego niepełnoletniego dziecka:

.....
(Imię i Nazwisko dziecka)

Takich jak:

*TAK / NIE - imię i nazwisko

*TAK / NIE - adres zamieszkania,

*TAK / NIE - dane kontaktowe (nr tel., adres e-mail),

*TAK / NIE – wizerunek dziecka – szczegółowe informacje dotyczące wykorzystania wizerunku znajdują się poniżej

*TAK / NIE – dane o stanie zdrowia zawarte w Karcie Uczestnika Twórczych Wakacji w celach związanych z udziałem w „Twórczych Wakacjach” organizowanych przez Centrum Działań Twórczych w Lubinie. Informacja o przetwarzaniu danych znajduje się w klauzuli informacyjnej dołączonej do Karty Uczestnika Twórczych Wakacji.

*** Niepotrzebne skreślić**

Dane osobowe w postaci wizerunku zostaną upublicznione na:

- stronie internetowej Centrum Działań Twórczych (www.cdt.lubin.pl)
- w mediach społecznościowych (fanpage) prowadzonym Centrum Działań Twórczych w Lubinie - www.facebook.com/CDTwLubinie,
- na kanale YouTube: Centrum Działań Twórczych w Lubinie
- materiałach informacyjnych (ulotki, plakaty, informatory, foldery, media lokalne)

Wizerunek, o którym tu mowa może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, kadrowania i kompozycji, bez obowiązku akceptacji produktu końcowego, lecz nie w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne.

Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń, w tym również o wynagrodzenie (istniejących i przyszłych) względem ww. podmiotów, z tytułu wykorzystania wizerunku mojego niepełnoletniego dziecka, na potrzeby jak w oświadczeniu.

.....
(data i czytelny podpis)