



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA**  
**Obozów KSM dofinansowanych przez Fundusz**  
**Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników –**  
**Wakacje 2017**



Reszta kosztów obozu jest dofinansowana z Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników.

.....  
 (miejscowość, data)

.....  
 (czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna)

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

Organizator: **Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży Diecezji Drohiczyńskiej**

TERMIN	MIEJSCE	RODZAJ WYPOCZYNKU	WIEK	KOSZT	ZAZNACZ
24.06-04.07.2017	<b>Tatry</b>	Obóz formacyjno – rekreacyjny	10-13 lat	200zł*	
07.07-17.07.2017	<b>Tatry</b>	Obóz formacyjno – rekreacyjny	14-16 lat	200zł*	
16.07-26.07.2017	<b>Tatry</b>	Obóz formacyjno – rekreacyjny	10-13 lat	200zł*	
18.07-28.07.2017	<b>Tatry</b>	Obóz formacyjno – rekreacyjny	14-16 lat	200zł*	
26.06-09.07.2017	<b>Brok</b>	Obóz formacyjno – rekreacyjny	8-16 lat	200zł	
21.07-03.08.2017	<b>Brok</b>	Obóz formacyjno – rekreacyjny	8-16 lat	200zł	
01.08-14.08.2017	<b>Drohiczyn</b>	Obóz formacyjno – rekreacyjny	8-16 lat	200zł	
04.08-17.08.2017	<b>Brok</b>	Obóz formacyjno – rekreacyjny	8-16 lat	200zł	

- !!! Prosimy zaznaczyć właściwy turnus !!! –

**II. Wniosek rodziców (opiekunów) o przyjęcie dziecka na placówkę wypoczynku**

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

- Imię i nazwisko dziecka.....
- Data urodzenia ..... PESEL .....
- Adres zamieszkania: ul./miejscowość ..... nr.....  
 kod pocztowy ..... poczta.....  
 powiat ..... tel. ....  
 e-mail:..... Parafia: .....
- Imię matki: ..... Imię ojca: .....
- Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku (!) .....
- tel.(rodziców) .....
- Umiejętność gry na instrumencie (nazwa instrumentu): TAK / NIE .....
- Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości ..... zł

**III. Informacja o dziecku, o specjalnych potrzebach edukacyjnych dziecka, w szczególności o potrzebach wynikających z niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.**

.....  
 .....

**IV. Informacja rodziców o stanie zdrowia dziecka, rozwoju psychofizycznym i**

**stosowanej diecie** (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary) Inne uwagi.

.....  
 .....

**Informacje o przewlekłych chorobach, trwałych urazach**

.....  
 .....

**Informacja o szczepieniach** (lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień).

Szczepienia ochronne (**podać rok**) :

tężec ....., błonica....., dur .....,  
 inne (jakie) .....

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015r. poz.2135, z późn.zm.)**

.....  
 (miejscowość, data)

.....  
 (czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna)

## V. Akceptacja warunków obozu

1. Obozy organizowane są przez Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży Diecezji Drohiczyńskiej.
2. Program i regulamin obozu oparty jest na prewencyjnym modelu wychowawczym.
3. Uczestnik obozów obowiązany jest do przestrzegania regulaminu obozów i innych przepisów, z którymi zostanie zapoznany.
4. Uczestnik obozu zobowiązany jest do uczestnictwa we Mszy Świętej i spotkaniach formacyjnych.
5. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą aktualną legitymację szkolną.
6. Kadra obozu nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe i pieniądze zgubione przez uczestnika obozu podczas podróży i w trakcie pobytu .
7. Uczestnikowi obozu zabrania się posiadania i spożywania narkotyków, alkoholu, środków odurzających oraz palenia papierosów.
8. W przypadku rażącego naruszenia regulaminu obozu – uczestnik może być wydalony z placówki wypoczynku. W takim przypadku rodzice są zobowiązani do osobistego odebrania dziecka z placówki wypoczynku lub po uzgodnieniu z kierownikiem obozu zobowiązują się do pokrycia kosztów podróży dziecka wraz z wychowawcą.
9. Rodzice ponoszą materialną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez dziecko.
10. Rodzice w przypadku zatajenia choroby dziecka sami pokrywają koszty leczenia podczas obozu.
11. Rodzice wyrażają zgodę na branie czynnego udziału przez dziecko w zajęciach ruchowych.
12. Opiekunami młodzieży podczas obozów będą nauczyciele aktywni zawodowo oraz osoby posiadające uprawnienie wychowawców.
13. **Organizator zastrzega sobie prawo do: zmiany terminów obozów oraz odwołania obozów w momencie nieotrzymania dofinansowania ze środków z FSUSR.**

## VI. Warunki uczestnictwa:

1. Jedno z rodziców uczestnika ubezpieczone w KRUS-ie,
2. Zgłoszenia czyli wypełnioną kartę uczestnika, oświadczenie, ankietę kwalifikacyjną wraz z ważnym zaświadczeniem z KRUS (jednego z rodziców) należy przesać na adres:

**Biuro KSM,  
ul. Kościelna 10,  
17-312 Drohiczyn**

lub dostarczyć osobiście w dniach pn. – pt. w godz. 8.00 - 16.00.

**INFORMACJE i PYTANIA:**

numer tel. 85 655 77 55, e-mail: [ksm@ksm-drohiczyn.pl](mailto:ksm@ksm-drohiczyn.pl)

**ORGANIZATOR ZAPEWNI:** program formacyjny KSM, noclegi, wyżywienie, kadre kierowniczą i wychowawczą, opiekę medyczną, wycieczki krajobrazowe, przejazd autokarem z Sokołowa Podlaskiego/Drohiczyzna do ośrodka i z powrotem (dotyczy obozu w górach) oraz moc atrakcji!

**UCZESTNICZY POWINNI ZABRAĆ ZE SOBA NA OBÓZ:** ważną legitymację szkolną, nakrycie głowy, obuwiu sportowe, obuwiu do chodzenia po górach (dotyczy obozu w Murzasichle), klapki pod prysznic/na plażę, strój kąpielowy, krem do opalania, ręcznik na plażę, coś od komarów, płaszcz od deszczu, leki na własne dolegliwości (również choroba lokomocyjna), różaniec, przybory do pisania, notatnik, instrument muzyczny np. gitarę, o ile ktoś gra.

## UWAGA!!!

1. Termin nadsyłania zgłoszeń do **zapełnienia miejsc!**
2. Karty nie wypełnione do końca i bez zaświadczenia z KRUS nie będą brane pod uwagę!!!
3. W razie rezygnacji z wyjazdu na obóz wpłaty nie będą zwracane.
4. Osoby nie zgłoszone wcześniej nie będą przyjmowane.
5. Nie ma zgłoszeń telefonicznych!
6. Osoby zakwalifikowane zostaną powiadomione telefonicznie.
7. **Po otrzymaniu informacji o zakwalifikowaniu rodzic ma 5 dni roboczych (ale nie później niż 7 dni przed rozpoczęciem obozu) na dokonanie płatności. Wpłaty można dokonać osobiście w biurze KSM DD lub przelewem na numer konta:**

**89 8063 0001 0010 0104 6213 0009**

8. Ilość miejsc jest ograniczona. **Decyduje kolejność zgłoszeń!**

\* Każdy uczestnik jadący w góry zobowiązany jest zabrać ze sobą dodatkową opłatę w wysokości: 100 zł./os. Płatne przy wsiadaniu do autokaru.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych (dz.u.nr. 133 poz.883) oraz wyrażam zgodę na umieszczanie wizerunku mojego dziecka w mediach (prasa, telewizja, internet) w zakresie realizacji zadań związanych z promocją działalności, zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. Nr 90 z 2006 r., poz. 631 ze zm.)

**Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.**

**Oświadczam, że z programem i regulaminem obozu zapoznałam(em) się osobiście i przekazałam(em) dziecku, jak również przyjmuję do wiadomości i akceptuję.**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

## ANKIETA KWALIFIKACYJNA

### VII. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do placówki wypoczynku
2. Odmówić skierowania dziecka ze względu na.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis organizatora)

### VIII. Potwierdzenie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

Dziecko przebywało na obozie w (adres miejsca wypoczynku) .....  
.....  
w dniach.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

### IX. Informacja kierownika wypoczynku o stanie zdrowia dziecka w czasie trwania wypoczynku oraz chorobach przebytych w jego trakcie

(dane o zachowaniu, urazach, leczeniu itp.) Organizator informuje o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka:

.....  
.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis lekarza, pielęgniarki)

### X. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy o dziecku podczas pobytu w placówce wypoczynku

.....  
.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy)

1. Który raz Pani/Pana dziecko jedzie z Katolickim Stowarzyszeniem Diecezji Drohiczyńskiej na obóz dofinansowany z FSUSR (proszę podać w którym roku i czy to było: w ferie, w wakacje)?  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Dlaczego Pani/Pan wybiera obozy organizowane przez Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży?  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Przynależność Pani/Pana dziecka do grupy parafialnej (harcerze, ministranci, KSM, schola, oaza, itp.)?  
.....  
.....

4. Czy ma Pani/Pan jakieś sugestie na przyszłość do organizatorów wypoczynku?  
.....  
.....  
.....

5. UWAGI (jeśli dziecko chciałoby zostać zakwaterowane w pokoju z konkretnymi osobami proszę wpisać tutaj):  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)



## Oświadczenie

Oświadczam iż, moje dziecko ....., które jedzie na obóz organizowany przez Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży Diecezji Drohiczyńskiej, nie korzysta w WAKACJE 2017 z innego obozu dofinansowanego przez Fundusz Składowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników.

.....

data, podpis

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

(imię i nazwisko rodziców) .....  
zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka) .....  
przez Fundusz Składowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników w celu rozliczenia dofinansowania przyznanego na zorganizowanie wypoczynku letniego w ramach promocji i profilaktyki zdrowotnej w Wakacje 2017.

.....

*Podpisy rodziców*