



# Kasperiańskie Dni Młodych

## Karta uczestnika spotkania

### Zgoda rodzica lub opiekuna \*

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki w Kasperiańskich Dniach Młodych w terminie ....., organizowanym przez Zgromadzenie Misjonarzy Krwi Chrystusa (dalej: ZMKC). Jak również zgadzam się na przyjazd i odjazd (samodzielny/wraz z opiekunem)\*\* ze Spotkania.

<b>Imię i Nazwisko uczestnika</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Adres zamieszkania dziecka – ulica i nr domu</b>	
<b>kod i miejscowość</b>	
<b>data urodzenia</b>	
<b>Imię i Nazwisko Rodzica</b>	
<b>Aktualny kontakt telefoniczny do Rodzica/-ców</b>  (dostępny 24 godz. na dobę)	
<b>Imię i Nazwisko opiekuna</b>  <b>Telefon opiekuna</b>	
<b>Leki na które dziecko jest uczulone</b>  (jeżeli dziecko jest uczulone należy wypisać nazwy leków, jeżeli nie jest uczulone wpisujemy „nie dotyczy”)	
<b>Czy dziecko przyjmuje na stałe leki?</b>  (jeżeli tak to należy podać nazwę leków i sposób dawkowania, a w dniu przyjazdu na rekolekcje leki z informacją dawkowania przekazać organizatorowi jeżeli nie to wpisujemy „nie dotyczy”)	
<b>Czy dziecko jest alergikiem lub choruje na chorobę przewlekłą?</b>  (jeżeli tak to należy podać czego dotyczy alergia, lub choroba (np. astma), jeżeli nie to wpisujemy „nie dotyczy”)	

\* Dokument należy wydrukować, podpisać, przywieźć ze sobą na spotkanie, dać przy zapisach

\*\* Niepotrzebne skreślić

\*\*\* Należy zaznaczyć „x”

Kontakt do organizatora: ks. Damian Siwicki CPPS, tel. 507-977-318, [www.kaspersi.odkupieni.pl](http://www.kaspersi.odkupieni.pl)

## Oświadczenie związane z procedurą COVID-19

### Oświadczam, że moje dziecko w dniu rozpoczęcia spotkania

- \*\*\* jest zdrowe i w ciągu 2 ostatnich tygodni nie miało kontaktu z osobą zarażoną
- \*\*\* nie ma żadnych objawów infekcji (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności)
- \*\*\* nie ma innych przeciwwskazań do udziału w rekolekcjach

### Jako rodzic, prawny opiekun zobowiązuję się do:

- \*\*\* poinformowania organizatora w trybie natychmiastowym o zakażeniu innego członka rodziny, z którym dziecko mogło mieć kontakt
- \*\*\* odbioru dziecka jak najszybciej jednak nie później niż w ciągu 12 godzin od otrzymania informacji o pogorszeniu się stanu zdrowia dziecka z miejsca wskazanego przez organizatora

Prosimy o podanie **o podanie wszelkich wiadomości o stanie zdrowia uczestnika**, które pomogą w zapewnieniu właściwej opieki.

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

Stwierdzam, że podałem (-am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na Spotkaniu. Proszę o kontakt w razie zabiegu leczniczego i leczenia szpitalnego w stanach zagrażających zdrowiu lub życiu dziecka.

.....  
data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

## OŚWIADCZENIE

### **o wyrażeniu zgody na udostępnienie danych osobowych (uczestnik niepełnoletni)**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie Zgromadzeniu Misjonarzy Krwi Chrystusa, z siedzibą przy, ul. Św. Kaspra del Bufalo 2/18 w Częstochowie (dalej: ZMKC) danych osobowych mojego dziecka (imię i nazwisko) ..... przetwarzanych przez ZMKC w zakresie potrzebnym do przeprowadzenia spotkania, wg karty uczestnika. Przyjmuję do wiadomości, że ZMKC stanie się administratorem w zakresie udostępnionych danych.

### Jednocześnie wyrażam zgodę na:

- \*\*\* na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez ZMKC do celów związanych z organizacją i realizacją spotkania
  - \*\*\* na upublicznianie przez ZMKC wizerunku mojego dziecka na portalu społecznościowym Facebook, stronie internetowej, i innych materiałach promocyjnych takich jak broszury, czasopismo Żyć Ewangelią, prezentacja multimedialna itp.
  - \*\*\* na udział mojego dziecka w rozmowach indywidualnych z osobą duchowną, animatorem lub członkiem kadry, jeżeli dziecko zgłosi taką potrzebę
  - \*\*\* na podjęcie działań medycznych w sytuacji zagrożenia zdrowia i bezpieczeństwa mojego dziecka w tym hospitalizacji, do momentu mojego przyjazdu
  - \*\*\* na przemieszczanie się samochodem prywatnym organizatora spotkania w ramach prowadzonych zajęć
- Jestem świadoma/świadomy\*\*, że wyrażona zgoda, dotycząca mojego dziecka, może być przeze mnie wycofana w każdym czasie. Ewentualne wycofanie przeze mnie zgody na przetwarzanie danych nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego administrator danych dokonywał na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody nastąpić może w każdym czasie i w dowolnej formie.

.....  
data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

\* Dokument należy wydrukować, podpisać, przywieźć ze sobą na spotkanie, dać przy zapisach

\*\* Niepotrzebne skreślić

\*\*\* Należy zaznaczyć „x”