1. **ZGODA RODO I NA PUBLIKACJE WIZERUNKU**

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych i danych dziecka znajdującego się pod moją opieką prawną, w bazie danych Katolickiego Stowarzyszenia "Cyrenejczyk" zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883) oraz wykorzystanie i publikacji zdjęć uczestników przez Katolickie Stowarzyszenie Cyrenejczyk w celach sprawozdawczych*

……………………………………………………………… Data, miejscowość i podpis

(pełnoletniego uczestnika lub Rodzica osoby niepełnoletniej lub prawnego opiekuna).

1. **WPISOWE**

Wpisowe określone przez Organizatora:

w kwocie 900 zł- osoba niepełnosprawna, oraz 250 zł - wolontariusz - należy wpłacić w wyznaczonym terminie na konto:

# Katolickie Stowarzyszenie "Cyrenejczyk", Limanowa

**23 8804 0000 0000 0016 9241 0001 z dopiskiem: OAZA 2023 D. INFORMACJE DO ZGŁOSZENIA:**

**Należy zabrać:** śpiwór lub koc, poduszkę, prześcieradło, pampersy obowiązkowe dla osób które ich potrzebują, lekarstwa, osoby korzystające z wózka - własny wózek.

—————————————————————————————————————————

1. **ZGODA RODZICÓW** (dotyczy wszystkich osób poniżej 18 roku życia):

Ja, niżej podpisany(-a) wyrażam zgodę, aby moje dziecko uczestniczyło we wspomnianym turnusie.

Powierzam je opiece wyznaczonym przez Organizatora wychowawcom.

…………………………………………………..

Miejscowość i data oraz czytelny podpis jednego z rodziców lub prawnego opiekuna:

—————————————————————————————————————————

KARTA UCZESTNIKA TURNUSU OAZOWEGO W ROKU 2023

# ORGANIZATOR: Katolickie Stowarzyszenie "Cyrenejczyk" 34-600 Limanowa, ul. Jana Pawła II 1, tel. 512 084 365

1. **INFORMACJE OGÓLNE:**
   1. **Proszę o przyjęcie mnie na turnus oazowy w Ochotnicy Górnej**

I. TURNUS **01.07. – 12.07.2023 r. (zameldowanie 1 lipca od godz.14.00)**

# DANE UCZESTNIKA OAZY:

Nazwisko i Imię ……………..……………………………………………..

Imiona i Nazwiska rodziców ……………………………………………….

………………………………………………. Data urodzenia uczestnika oazy: …………………………………………… PESEL ………………………………

Adres zamieszkania ………………………………………………………..

Miasto................................................ Kod pocztowy …………………….

Numer telefonu uczestnika …………………………………………………

Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku:

………………………………………………………………………………………

1. **STAN ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU OAZOWEGO**

Jestem osobą (wstaw krzyżyk): niepełnosprawną □ sprawną □

# Dolegliwości i objawy, które występują u uczestnika oazy (właściwe podkreślić):

omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, tiki, niedosłuch, jąkanie, wysokie gorączki,

inne:......................................................................................................

# Przebyte choroby (podać, w którym roku życia):

żółtaczka zakaźna ..............., dur brzuszny ................, błonica ,

odra ..............., ospa wietrzna ..............., różyczka ,

świnka ,

Inne zakaźne ........................................................................................

choroby przewlekłe: cukrzyca, epilepsja, inne: ……………………

# Czy w ostatnim roku uczestnik był w szpitalu? TAK/ NIE

Z jakiego powodu?

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

# Na jakie pokarmy lub leki uczestnik jest uczulony? Ewentualnie w jakich ilościach?

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

# Czy uczestnik otrzymał surowicę (jaką, kiedy)?

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

# Jak znosi jazdę autokarem? dobrze / źle

**Czy uczestnik przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach** tak / nie

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

# Inne uwagi o zdrowiu uczestnika:

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………… Wyrażam zgodę na wszelkie zabiegi medyczne oraz hospitalizację w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia. Stwierdzam, iż podałam(em) wszystkie znane mi informacje o uczestniku turnusu oazowego, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku.

………………………………… ………..……….…………………

miejscowość, data podpis rodzica/opiekuna

lub pełnoletniego uczestnika wypoczynku

—————————————————————————————————————————

# Wypełnia TYLKO osoba niepełnosprawna

1. Stopień niepełnosprawności: \*znaczny, umiarkowany, lekki lub KIZ (grupa inwalidzka): \* I, II, III.

Ważna do: lub zasiłek pielęgnacyjny:

2. Schorzenie: ............................................................................................

1. Sposób poruszania: \* wózek, kule, słabo samodzielnie, samodzielnie.
2. Stan umysłowo zdrowy \* tak/nie, (w stopniu: \* lekkim, średnim, głębokim)

—————————————————————————————————————————