



Załącznik nr 1 do Umowy
o organizację wypoczynku
(wzór dokumentu stanowi załącznik do
rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki
z dnia 22 lipca 2021 r. poz. 1548)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku

~~kolonia~~

~~zimowisko~~

~~obóz~~

~~biwak~~

~~półkolonia~~

~~inna forma wypoczynku~~

.....
(proszę podać formę)

2. Termin oraz adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku (* zaznacz wybrane lokalizacje/terminy):

☐

* (27.06-6.07.2026 r.) Ośrodek DUET, 76-156 Dąbki ul. Wydmowa 6,

☐

* (6-15.07.2026 r.) Ośrodek DUET, 76-156 Dąbki ul. Wydmowa 6,

☐

* (24.07-2.08.2026 r.) Ośrodek BARKA, 76-107 Jarosławiec ul. Bałtycka 67

Legionowo, 15.05.2026 r.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

CENTRUM POMOCY
PEDAGOGICZNO-PSYCHOLOGICZNEJ
mgr Piotr Zagajewski
ul. gen. J. Sowińskiego 13 lok. 100
05-120 Legionowo
NIP 5361061801, REGON 360408452

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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 rodziców²⁾

.....

.....

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):

tężec

błonica

inne

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/a/opiekuna prawnego/ pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się¹⁾:

☐
☐

zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

01.07.2026 r.

.....
(data)



.....
(podpis organizatora wypoczynku)

CENTRUM POMOCY
PEDAGOGICZNO-PSYCHOLOGICZNEJ
mgr Piotr Zagajewski
ul. gen. J. Sowińskiego 13 lok. 100
05-120 Legionowo
NIP 5361061801, REGON 360408452

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....
(data)



DYREKTOR PEDAGOGICZNY
CENTRUM POMOCY
PEDAGOGICZNO-PSYCHOLOGICZNEJ
w Legionowie

mgr Piotr Robert Zagajewski

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(miejscowość, data)



DYREKTOR PEDAGOGICZNY
CENTRUM POMOCY
PEDAGOGICZNO-PSYCHOLOGICZNEJ
w Legionowie

mgr Piotr Robert Zagajewski

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

¹⁾ Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

²⁾ W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

.....
(nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE rodzica lub prawnego opiekuna

1. Ja niżej podpisany (na) oświadczam, że posiadam prawa rodzicielskie w zakresie decydowania o sprawach mojego dziecka.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem wypoczynku, zaleceniami i zasadami rekrutacji oraz z wytycznymi zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego podczas: kolonii / zimowiska / obożu w: w dniach:
organizowanego przez Stowarzyszenie Pomocy Młodzieży „Młodzież Polska” ul. Odkryta 53B/19, 03-140 Warszawa

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

.....
(miejscowość i data)

.....
(nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(kontakt)

OŚWIADCZENIE

**Zgoda rodzica lub prawnego opiekuna na udzielenie dziecku niezbędnej pomocy:
przed medycznej, lekarskiej, szpitalnej, pielęgniarskiej lub innej związanej z zagrożeniem zdrowia i życia oraz
udzielanie informacji o stanie zdrowia dziecka innym osobom
i odbioru dokumentacji medycznej w przypadku leczenia i zabiegów medycznych**

**w trakcie: kolonii /-zimowiska-/ obozu: w dniach:
organizowanego przez Centrum Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej mgr Piotr Zagajewski
ul. gen. J. Sowińskiego 13 lok.100, 05-120 Legionowo**

1. Ja niżej podpisany (na) oświadczam, że posiadam prawa rodzicielskie w zakresie decydowania o sprawach zdrowia mojego dziecka i wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku:

.....
(imię i nazwisko dziecka, PESEL)

niezbędnej pomocy związanej z zagrożeniem zdrowia i życia w tym, pomocy: przed medycznej, lekarskiej, szpitalnej, pielęgniarskiej, na leczenie, leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje lub inne zlecone przez lekarza oraz podawanie leków.

Zgadzam się na podawanie leków zleconych i przepisanych przez lekarza.

Upoważniam służby medyczne i kadrę obozu do podawania leków zgodnie z zaleceniami.

Wyrażam zgodę na udzielanie informacji o stanie zdrowia dziecka osobom zatrudnionym w kadrze ww. obozu oraz do odbioru dokumentacji medycznej w przypadku leczenia i zabiegów wykonywanych podczas ww. obozu:

- wychowawca*:

- wychowawca*:

- wychowawca*:

- wychowawca*:

- kierownik*:

2. Stwierdzam, że podałem/am w karcie kwalifikacyjnej uczestnika wypoczynku wszystkie znane mi informacje o moim dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie wypoczynku. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki wszystkich znanych mi, a nie ujawnionych chorób mojego dziecka.

Wszystkie leki, zalecone przez lekarza, które dziecko stale przyjmuje lub będzie miało przyjmować, zostały przekazane wychowawcy lub kierownikowi obozu.

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA OBOZU ORAZ RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych:

1. Administratorem danych osobowych jest Centrum Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej, mgr Piotr Zagajewski, 05-120 Legionowo ul. gen. J. Sowińskiego 13/100 . Kontakt do Administratora danych: nr tel. (+48) 603 259 297, email: biuro@cphp.edu.pl .
2. Podstawa prawna: Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000).
3. Pozyskane dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany prawem i/lub do zakończenia rozliczenia obozu.
4. Podane dane osobowe w celach marketingowych będą przechowywane przez cały okres działalności Centrum Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej w Legionowie lub do czasu wycofania zgody na ich przetwarzanie przez zgłoszenie sprzeciwu na adres: biuro@cphp.edu.pl.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do podanych danych osobowych uczestnika kolonii/obozu oraz rodzica/opiekuna prawnego, prawo do sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych.
7. Procesorem danych osobowych jest Centrum Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej, mgr Piotr Zagajewski, 05-120 Legionowo ul. gen. J. Sowińskiego 13/100.
8. Więcej informacji na temat ochrony danych znajduje się na: www.centrum-pomocy.org

Zgody rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego uczestnika wypoczynku na przetwarzanie danych:

- ☐ * Tak, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej, 05-120 Legionowo ul. gen. J. Sowińskiego 13/100, danych osobowych moich i mojego dziecka/podopiecznego w celu rekrutacji, organizacji, prowadzenia i rozliczenia obozu.
- ☐ * Tak, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich / mojego dziecka/podopiecznego zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika obozu
- ☐ Tak, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej, mgr Piotr Zagajewski, 05-120 Legionowo ul. gen. J. Sowińskiego 13/100, wizerunku mojego dziecka/podopiecznego w celu wykonania pamiątkowej fotorelacji z wypoczynku.
- ☐ Tak, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych wyrażam zgodę na przetwarzanie i rozpowszechnianie przez Centrum Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej w Legionowie wizerunku mojego/mojego dziecka/podopiecznego utrwalonego podczas wypoczynku w celach marketingowych związanych z promocją programów dziecięcych i młodzieżowych realizowanych przez Centrum

Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej w Legionowie. Chcielibyśmy pokazać część zdjęć z obozu na naszych mediach społecznościowych.

Uprzejmie informujemy, że wykonane w trakcie wypoczynku fotografie lub ujęcia filmowe grupowe, na których znajduje się kilku uczestników obozu, a konkretni uczestnicy stanowią jedynie szczegół całości, nie wymagają uzyskania zezwolenia na rozpowszechnianie wizerunku osób na nich przedstawionych, zgodnie z art. 81 ust. 2 pkt. 2 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 1231), a zatem mogą zostać wykorzystane w celach marketingowych związanych z promocją programów dziecięcych i młodzieżowych realizowanych przez Centrum Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej w Legionowie, niezależnie od zgód znajdujących się powyżej.

☐ Tak, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej, mgr Piotr Zagajewski, 05-120 Legionowo ul. gen. J. Sowińskiego 13/100, danych osobowych moich / mojego dziecka / podopiecznego w celach marketingowych związanych z promocją programów dziecięcych i młodzieżowych realizowanych przez Centrum Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej w Legionowie. Chcielibyśmy wysłać Państwu np. informację o terminach obozów w przyszłym roku

II. OŚWIADCZENIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH) UCZESTNIKA WYPOCZYNKU SKŁADANE NA ETAPIE ZGŁASZANIA UCZESTNIKA

☐ * Tak, zobowiązuję się do niezwłocznego - do 12 godzin - odbioru mojego dziecka / podopiecznego z wypoczynku w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności).

☐ * Tak, w przypadku występowania u mojego dziecka / podopiecznego chorób przewlekłych, zobowiązuje się dostarczyć opinię lekarską o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w wypoczynku.

☐ * Tak, oświadczam, że zapoznałam / em się i akceptuję treść dokumentów stanowiących integralną część Umowy o organizację wypoczynku.

* Tak, wyrażam zgodę na okazywanie dziecku gestów wsparcia emocjonalnego, w tym przytulenie, przez wychowawców CPP-P w Legionowie w sytuacjach wymagających udzielenia pocieszenia, wsparcia lub budowania poczucia bezpieczeństwa. Zgoda dotyczy wyłącznie działań podejmowanych z poszanowaniem granic osobistych dziecka oraz jego komfortu psychicznego.

* Tak, wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku pomocy przedmedycznej oraz medycznej w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia podczas obozu organizowanego przez CPP-P w Legionowie. Jednocześnie upoważniam organizatora lub wyznaczoną przez niego osobę do asystowania przy udzielaniu pomocy ambulatoryjnej, jeżeli zajdzie taka potrzeba.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

