

**ZIMOWE FRANCISZKAŃSKIE SPOTKANIE MŁODYCH W KALWARII PAĆLAWSKIEJ**  
**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH\***

Wyrażam/y\* zgodę na wyjazd mojego dziecka

.....  
*Imię i Nazwisko dziecka*

.....  
*Pesel dziecka*

na Zimowe Franciszkańskie Spotkanie Młodych, organizowane przez Prowincję św. Antoniego i bł. Jakuba Strzemię, ul. Żółkiewskiego 14, 31-539 Kraków, które odbędzie się w dniach 13-18 stycznia 2020 r. w Kalwarii Paćlańskiej.

W razie konieczności można skontaktować się ze mną pod numerem telefonu: .....

.....  
*Data, miejscowość*

.....  
*Imię i nazwisko rodziców/ opiekunów prawnych*

**OŚWIADCZENIE RODZICA**

- W związku z rejestracją mojego dziecka na Zimowe Franciszkańskie Spotkanie Młodych, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r oraz Ustawą o danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U z 2018, poz. 1000), przyjmuję do wiadomości, iż:
  1. Administratorem danych osobowych jest Prowincja św. Antoniego i bł. Jakuba Strzemię, ul. Żółkiewskiego 14, 31-539 Kraków, organizator Franciszkańskiego Spotkania Młodych oraz podmioty należące do Prowincji św. Antoniego i bł. Jakuba Strzemię.
  2. Dane osobowe zbierane są w celu realizacji Zimowego Franciszkańskiego Spotkania Młodych, w tym rejestracji, komunikacji, statystyk, ewaluacji, monitoringu, sprawozdawczości oraz publikacji wizerunku.
  3. Dane osobowe przetwarzane są na zasadzie dobrowolności i będą przetwarzane tylko tak długo, jak długo są niezbędne do realizowania ww. celów lub do momentu, gdy wyrażony zostanie skuteczny sprzeciw wobec ich przetwarzania, lub wycofanie zgody.
  4. Dane nie będą przekazywane żadnym innym podmiotom.
  5. Przysługuje mi prawo żądania dostępu do treści danych oraz żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przeniesienia a także prawo sprzeciwu, wysyłając stosowne powiadomienie na adres e-mail: [biurofsm@franciszkanie.pl](mailto:biurofsm@franciszkanie.pl) lub osobiście pod adresem: Biuro Franciszkańskiego Spotkania Młodych, ul. Franciszkańska 4, 31-004 Kraków.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie, gromadzenie i wykorzystywanie danych osobowych mojego dziecka zawartych w formularzu rejestracyjnym oraz publikacji wizerunku dziecka przez Prowincję św. Antoniego i bł. Jakuba Strzemię, ul. Żółkiewskiego 14, 31-539 Kraków, organizatora Zimowego Franciszkańskiego Spotkania Młodych oraz podmioty należące do Prowincji św. Antoniego i bł. Jakuba Strzemię.
- Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Zimowego Franciszkańskiego Spotkania Młodych oraz jestem świadomy jego postanowień i w pełni je akceptuję.
- Jeśli zaistnieje potrzeba wyrażam zgodę na udzielanie przez lekarzy informacji medycznych na temat zdrowia mojego dziecka, a także zgadzam się na podejmowanie decyzji dotyczących mojego dziecka przez organizatora.
- Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę na pokrycie ewentualnych szkód materialnych wyrządzonych przez moje dziecko w trakcie spotkania
- Wyrażam zgodę na transport mojego dziecka samochodem prywatnym osobowym w uzasadnionych sytuacjach
- Zobowiązuję się do odebrania, w przeciągu 24 godzin, dziecka wydalonego ze spotkania ze względu na złamanie regulaminu

.....  
*Data, miejscowość*

.....  
*Imię i Nazwisko rodziców/ opiekunów prawnych*

\*Niepotrzebne skreślić

**INFORMACJA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH O DZIECKU I JEGO ZDROWIU**

Choroby przewlekłe lub inne:

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

Dolegliwości lub objawy, które występują ostatnio u dziecka:

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

Dziecko jest uczulone lub nie może stosować leków (podać nazwę leku, pokarmu, itp.):

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

Dziecko przyjmuje stałe leki (podać lek i dawkę):

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

Inne ważne informacje o zdrowiu dziecka:

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

Inne informacje od rodziców związane z pobytem dziecka na spotkaniu:

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

**Brak uwag traktowany jest jako informacja o dobrym stanie zdrowia**

.....  
*Data, miejscowość*

.....  
*Imię i Nazwisko rodziców/ opiekunów prawnych*