



.....  
miejsowość

.....  
data

## KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA I INFORMACJA ORGANIZATORA PÓŁKOLONII

1. Rodzaj wypoczynku ..... - półkolonia pn. „Świeradów-Zdrój Miasto Dzieci”

2. Termin: 10-14 sierpnia 2015 r.

3. Nazwa i adres organizatora:

**Miejska Biblioteka Publiczna Izerka**, ul. M. Skłodowskiej-Curie 2A, 59-850 Świeradów-Zdrój

tel.: 75 78 16 339, [www.mbpswieradow.com.pl](http://www.mbpswieradow.com.pl), [biblioteka@swieradowzdroj.pl](mailto:biblioteka@swieradowzdroj.pl)

4. Nazwa i adres Współorganizatora

Urząd Miasta Świeradów-Zdrój – Referat Promocji Gminy, turystyki, Kultury i Sportu, ul. 11 Listopada 35,

tel. 75 71 36 482, [it@swieradowzdroj.pl](mailto:it@swieradowzdroj.pl), [www.swieradowzdroj.pl](http://www.swieradowzdroj.pl)

### I DANE DZIECKA:

1. Imię i nazwisko .....

2. Data urodzenia ..... PESEL .....

3. Adres zamieszkania .....

3. Nazwa szkoły/ klasa .....

4. Dodatkowe informacje (uwagi dotyczące dziecka skierowane do wychowawcy – m.in. alergie, zalecenia lekarskie, informacja o przyjmowaniu stałych leków, choroba lokomocyjna, inne)

.....

.....

### II DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW DZIECKA:

1. Dane matki / prawnej opiekunki dziecka:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon stacjonarny ..... telefon komórkowy .....

2. Dane ojca / prawnego opiekuna dziecka:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon stacjonarny ..... telefon komórkowy .....

### III DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO ODBIORU DZIECKA:

(w przypadku grup zorganizowanych, np. świetlic środowiskowych, prosimy o podanie danych wychowawcy)

Imię i nazwisko .....

Pokrewieństwo .....

Seria i numer dowodu osobistego .....

Telefon stacjonarny ..... telefon komórkowy .....

### IV OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że przedłożone przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka od chwili odebrania go z terenu Miasta Dzieci przez wskazaną osobę, upoważnioną do odbioru.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do wypełniania jego postanowień.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych dziecka, osób upoważnionych do jego odbioru oraz rodziców / prawnych opiekunów w zakresie niezbędnym dla potrzeb Organizatora, zgodnie z ustawą z d. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
5. Wyrażam zgodę na fotografowanie, wideofilmowanie oraz upublicznianie wizerunku mojego dziecka w materiałach promocyjnych i informacyjnych projektu Świeradów-Zdrój Miasto Dzieci na stronie internetowej [www.mbpswieradow.com.pl/](http://www.mbpswieradow.com.pl/) [www.swieradowzdroj.pl](http://www.swieradowzdroj.pl), na Facebooku i You Tube Organizatora i Współorganizatora w publicznej prasie.

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis matki, ojca  
lub opiekunów prawnych)

### V OPINIA WYCHOWAWCY PÓLKOLONII O DZIECKU:

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

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko wychowawcy, nr grupy  
półkolonii)

PROJEKT POD PATRONATEM MARSZAŁKA  
WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO  
CEZAREGO PRZYBYLSKIEGO

PROJEKT POD PATRONATEM BURMISTRZA  
ŚWIERADOWA-ZDROJU  
ROLANDA MARCINIĄKA

PROJEKT REALIZOWANY  
PRZEZ MIEJSKĄ BIBLIOTEKĘ  
PUBLICZNĄ IZERKA