**Zgoda rodziców (prawnych opiekunów) na udział dziecka**

**w spływie kajakowym organizowanym przez Caritas Archidiecezji Gdańskiej**

1. Wyrażam zgodę na udział dziecka:

(Imię) ................................................................. (nazwisko) ....................................................... (Pesel / data urodzenia) ............................................................................................................... w spływie kajakowym : **30.08.2025r**. **ul. Rogali 16 do Wdzydze, Stacja wodna PTTK**

2. Jednocześnie oświadczam, że syn/córka:

a. Choruje / nie choruje\* na przewlekłe choroby: ................................................................................................................................................

b. zażywa / nie zażywa\* na stałe leki (jeżeli tak to proszę podać informację o dawkowaniu leku) ................................................................................................................................................

c. jest uczulony(a)\* (jeżeli tak to na co?) ................................................................................................................................................

d. dobrze / źle\* znosi jazdę samochodem

e. inne uwagi o stanie zdrowia dziecka: ................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................

3. Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami chirurgicznymi w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekunów w czasie trwania wycieczki.

4. Zobowiązuję się do natychmiastowego odebrania ze spływu kajakowego mojego dziecka w przypadku znalezienia bądź zażywania niedozwolonych substancji (alkohol, narkotyki, substancje psychoaktywne, papierosy) oraz gdy zachowanie dziecka zagraża zdrowiu lub życiu jego bądź innych uczestników.

5. Numer telefonu rodziców/ prawnych opiekunów uczestnika spływu, w czasie jego trwania:……………………………………………………………………………………………………………

6. WYRAŻAM ZGODĘ NA PUBLIKOWANIE ZDJĘĆ MOJEGO DZIECKA NA STRONIE INTERNETOWEJ ORAZ FACEBOOKU CARITAS ORAZ WYKORZYSTANIE ICH W INNYCH MATERIAŁACH   
I PUBLIKACJACH CARITAS JAK RÓWNIEŻ W PROJEKTACH REALIZOWANYCH PRZEZ CARITAS. TAKŻE NA UMIESZCZENIE WIZERUNKU NA PAMIĄTKOWYCH ZDJĘCIACH.

**7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015r. poz. 2135, z późn. zm.)).**

8. **Wrażam zgodę** **/ nie wyrażam** zgody na samodzielny powrót dziecka do domu po spływie kajakowym \*

……….…………………… ………...…………………………..………………………. **!**

(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika spływu kajakowego)

\*Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź