



POZNAŃ
**REKO
LEKCJE**
20-22.02.2026

NAZWA WYDARZENIE Rekolekcje Młodzieżowe
TERMIN 20-22.02.2026
MIEJSCE Zespół Szkół Salezjańskich w Poznaniu, os. Bohaterów II Wojny Światowej 29, 61-387 Poznań
ORGANIZATOR Duszpasterstwo Młodzieżowe Inspektoriat Wrocławski

IMIĘ/IMIONA

NAZWISKO

DATA URODZENIA

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

IMIONA RODZICÓW

TELEFON RODZICA

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika:

Czy przyjmuje leki?

jeśli TAK to jakie?

Ma jakieś uczulenie?

jeśli TAK to jakie?

Inne ważne informacje
o zdrowiu.

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Podczas rekolekcji zapraszamy do czasu bez telefonów – zostaną one bezpiecznie zdeponowane i oddane na zakończenie. To przestrzeń, by łatwiej się skupić, odpocząć od bodźców i zadbać o siebie, a w razie potrzeby wszystkie informacje będą dostępne u opiekunów i organizatorów.

Przyjmuję do wiadomości:

podpis rodzica/opiekuna prawnego

Ja

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Jako posiadający nieograniczoną władzę rodzicielską ojciec / matka / opiekun prawny

Imię i nazwisko uczestnika

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody*) na przetwarzanie przez Inspektorię Towarzystwa Salezjańskiego Świętego Jana Bosko, Plac Grunwaldzki 3, 50-377 Wrocław danych osobowych zawartych w Karcie uczestnika w celu kwalifikacji, a następnie organizacji udziału w wydarzeniu oraz w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody*) na przetwarzanie przez Inspektorię Towarzystwa Salezjańskiego Świętego Jana Bosko we Wrocławiu, Plac Grunwaldzki 3, 50-377 Wrocław, materiałów zawierających wizerunek **mój / mojego dziecka***), zarejestrowanych podczas uczestnictwa w spotkaniu w celu umieszczenia materiałów w kronikach, publikacjach i na internetowych portalach Inspektorii.

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Jednocześnie zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. Dz.U. UE z 2016r. L 119/1 zwanej dalej RODO oświadczam, że zostałem poinformowany i przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem wymienionych danych osobowych jest Inspektoria Towarzystwa Salezjańskiego Świętego Jana Bosko, Plac Grunwaldzki 3, 50-377 Wrocław;
2. Inspektorem ochrony danych jest Pan Adam Gazda, e-mail: IODwroc@salezjanie.pl;
3. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z celami wymienionymi w formułach zgód;
4. Podstawą przetwarzania tych danych jest moja dobrowolna zgoda (art. 6 ust. 1. lit a. RODO);
5. Brak wyrażenia wskazanej wyżej zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestnika zawartych w karcie uczestnika skutkuje brakiem możliwości uczestnictwa w wydarzeniu, brak zgody na przetwarzanie wizerunku uczestnika skutkuje brakiem możliwości utrwalenia wizerunku w materiałach Administratora;
6. Dane osobowe będą przetwarzane u Administratora przez okres spotkania, a następnie przechowywane przez okres 5 lat po zakończeniu wydarzenia;
7. Dane będą przekazywane do Towarzystwa Świętego Franciszka Salezego ponadto dane mogą być przekazane organom nadzorczym posiadającym uprawnienia do sprawowania kontroli wydarzenia;
8. W trakcie elektronicznego przetwarzania danych nie dochodzi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania;
9. Posiadam prawo dostępu do treści wymienionych danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
10. Mam prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, gdy uznam, iż przetwarzanie tych danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia RODO.

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na:

1. Podawanie przez uprawnioną osobę leków, które dziecko przyjmuje na stałe oraz w razie konieczności innych leków lub doraźnych środków farmakologicznych
2. Wszelkie zabiegi medyczne i pierwszej pomocy wykonywane przez personel medyczny w porozumieniu z opiekunem, kierownikiem wydarzenia i rodzicem/prawnym opiekunem.
3. Leczenie, zabiegi diagnostyczne i operacje w razie zagrożenia życia mojego dziecka uczestniczącego w wydarzeniu. Oświadczam, że w Karcie uczestnika podałem/-am wszystkie znane mi przeciwwskazania zdrowotne uniemożliwiające mojemu dziecku udziału w zajęciach sportowo-rekreacyjnych.

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

ZGODA NA PRZEWÓZ DZIECKA PRYWATNYM AUTEM

Wyrażam zgodę na przewiezienie, w razie konieczności, mojego dziecka prywatnym autem Organizatorów wydarzenia.

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego