

Prosimy o wypełnienie niebieskim długopisem, drukowanymi literami

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: pólkolonie
2. Termin wypoczynku:
3. Nazwa wypoczynku:
4. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: Szkoła Podstawowa „Chocimska”, ul. Grażyny 11, 02-548 Warszawa

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka:
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych
Matka:
Ojciec
3. Data urodzenia dziecka:
4. Adres zamieszkania dziecka:
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców / opiekunów prawnych:
Matka:
Ojciec
6. Numer telefonu i adres e-mail rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku,
w czasie trwania wypoczynku
Matka: tel:e-mail:.....
Ojciec: tel:e-mail:.....
7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:
orzeczenie o niepełnosprawności (nie / tak – szczegóły):
.....

specjalne potrzeby edukacyjne lub niedostosowanie społeczne (nie / tak – szczegóły):

.....
.....

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

uczulenia / alergię / diety (nie / tak – jakie):

dieta standardowa: tak/nie

dieta bezmleczna: tak/nie

dieta bezglutenowa: tak/nie

dieta wegetariańska: tak/nie

wyłączenia produktów z żywienia: (nie / tak – szczegóły):

.....

choroba przewlekła (nie / tak – jaka):

.....

leki przyjmowane na stałe (nie / tak – jakie i jakie dawki):

.....

aparat ortodontyczny (nie / tak)

okulary / soczewki kontaktowe (nie / tak)

pozostałe informacje:

.....

szczepienia ochronne (wraz z podaniem roku szczepienia lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem

szczepień):

tężec:

błonica:

dur:

inne:

.....

.....

oraz numer PESEL uczestnika wycieczki

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

.....

.....

(data)

(podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

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

Postanawia się:

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

VI. 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)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

VII. POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA RODZICÓW

Podaję następujące uwagi / wskazania, co do umieszczenia mojego dziecka w danej grupie w ramach półkolonii (np. proszę wskazać imię i nazwisko kolegi/koleżanki, z którą dziecko chce być w grupie). Głównym kryterium podziału na grupy będzie jednakże wiek uczestników (nie / tak – szczegóły):

.....

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

Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie wypoczynku. Jeśli moje dziecko przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wypoczynku. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Oświadczam, że dziecko jest zdrowe i nie ma żadnych przeciwwskazań do udziału we wszystkich zajęciach

.....
(data, imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(data, imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Upoważniam poniżej wskazane osoby do odbioru dziecka:

IMIĘ I NAZWISKO	NUMER I SERIA DOWODU OSOBISTEGO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

NIE WYRAŻAM / WYRAŻAM zgodę na samodzielne przychodzenie na miejsce prowadzenia zajęć w ramach półkolonii przez moje dziecko i oświadczam, że ponoszę odpowiedzialność za dziecko w drodze na zajęcia.
(proszę podkreślić wybraną odpowiedź)

NIE WYRAŻAM / WYRAŻAM zgodę na samodzielne opuszczanie miejsca prowadzenia zajęć w ramach półkolonii przez moje dziecko i oświadczam, że ponoszę odpowiedzialność za dziecko w drodze z zajęć.
(proszę podkreślić wybraną odpowiedź)

WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego syna/córki wykonanych podczas półkolonii organizowanych przez Sztukarnia Grażyna Tynel z siedzibą przy ul. Odolańskiej 60, 02-562 Warszawa, w mediach: Internecie, prasie, telewizji oraz materiałach promocyjnych organizatora. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany wyłącznie w celu promocji i potrzeb funkcjonowania Sztukarnia Grażyna Tynel z siedzibą przy ul. Odolańskiej 60 02-562 Warszawa.
(proszę podkreślić wybraną odpowiedź)

.....
(data, imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(data, imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)