NAZWISKO											

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

KUŹNICA BRZEŹNICKA

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Termin wypoczynku 30 czerwca- 09 lipiec 2027 OBÓZ

2. Adres miejsca wypoczynku:
.**Ośrodek Obozowo-Biwakowy Hufca ZHP Ruda Śląska w Kuźnicy**
98-331 poczta Nowa Brzeźnica tel: (034) 311-99-20

3. Trasa wypoczynku jeśli o charakterze wędrownym
.....BRAK.....

4. Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą:
.....BRAK.....

....
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1.Imię (imiona) i nazwisko: .....
2. data urodzenia: RRRR/MM/DD..... KLASA .....
3.

Nr PESEL											

Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna	adres zamieszkania	telefon kontaktowy
1……. 2.	……	. . . . .

adres e-mail rodziców/opiekunów dziecka: .....@.....
4. adres zamieszkania uczestnika: .....
5. adres zamieszkania lub pobytu rodziców/opiekunów prawnych w trakcie trwania obozu:
.....
6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:
.....

.....

.....WZROST .....

7. Istotne informacje o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie

A. Czy dziecko jest uczulone? TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)
Alergeny.....
Objawy alergii.....

B. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę lub jest w trakcie diagnozowania?
TAK , NIE (niepotrzebne skreślić)
Choroba.....
Symptomy.....

C. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)
Kiedy i z jakiego powodu.....

D. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)
Przyczyna.....
Nazwa i dawka leku.....

E. Inne ważne informacje na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i specjalnej DIETY dziecka: .....
.....
....

F. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec, błonica: inne:
..... lub zgodnie z kalendarzem szczepień

....
(data) (podpis rodziców/ opiekunów)

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

Postanawia się / właściwe zaznaczyć znakiem
 zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
 odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

.....

....
(data) (podpis organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

☐ Uczestnik przebywał pod adresem wymienionym w punkcie I.2. karty kwalifikacyjnej

w terminie od dnia ...../...../ 2027. do dnia...../ lipiec./ 2027

....
(data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

.....

.....

....
(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

- Bez zastrzeżeń
- dodatkowe informacje: .....
  ... .

....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

VII. ZGODY (właściwe zaznaczyć w polu ☐)

☐ OŚWIADCZAM,IŻ W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE, ZABIEGI ,OPERACJE Wyrażam zgodę na przewóz dziecka samochodem prywatnym do lekarza pierwszego kontaktu lub na pogotowie ratunkowe. W przypadku choroby dziecka wyrażam zgodę na leczenie, podawanie niezbędnych leków (pokrycie ich kosztów) przepisanych przez lekarza oraz pobyt w szpitalu w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

☐ 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 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r. poz. 2135, z późn.zm.)).

☐ Wyrażam zgodę na przewóz mojego dziecka samochodami firmowymi w celach programowych.

☐ Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatną publikację mojego wizerunku / wizerunku mojego dziecka* w publikacjach w formie tradycyjnej i elektronicznej związanych z obozem
, zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994r. o prawie autorskim i prawie pokrewnym (Dz. U. z 2006r. Nr 90 poz. 631 z późn. zm.)

☐ Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie wypoczynku. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki wszystkich znanych mi, a nie ujawnionych chorób dziecka. Wyrażam zgodę na ewentualne zabiegi i leczenie szpitalne w stanach zagrażających zdrowiu lub życiu dziecka.

…… ……
Miejscowość i data Czytelny podpis

VI. PROŚBA O WYSTAWIENIE FAKTURY

Dane do faktury ……..……

TREŚĆ WYSTAWIANEJ FAKTURY ……..

adres email……