

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

PÓŁKOLONIE



I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Termin wypoczynku 15-19.07.2024 / 19.08.2024 (niepotrzebne skreślić)

2. Adres miejsca wypoczynku:

41-500 Chorzów al Harcerska 3c

3. Trasa wypoczynku jeśli o charakterze wędrownym

.....BRAK.....

4. Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą:

.....BRAK.....

.....

(miejscowość, data)
wypoczynku)

(podpis organizatora

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko:

2. data urodzenia: RRRR/MM/DD..... KLASASZKOŁA

.....

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 DIETY

dziecka:

.....

.....

.....

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

tężec: błonica: inne:

.....

.....

.....
(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/...../ 2024.....do dnia...../...../ 2024

.....

.....
(data)
wypoczynku)

.....
(podpis kierownika

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

.....
.....

.....
.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

- Bez zastrzeżeń
- dodatkowe

informacje:
.....
.....

.....

.....
(miejscowość, data)
wypoczynku)

.....
(podpis wychowawcy

VII. ZGODY (właściwe zaznaczyć w polu ☐)

☐ OŚWIADCZAM, IŻ W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, 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 w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka

☐ 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 w

.....
, 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.)

.....
.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis

VI. PROŚBA O WYSTAWIENIE FAKTURY

Dane do faktury

TREŚĆ WYSTAWIANEJ FAKTURY

adres email.....