KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 marca 2016r. w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2016r. poz. 452)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU *wypełnia organizator*

1. Forma wypoczynku: ..... kolonia letnia
2. Termin wypoczynku: ..... 19 lipca 2020r. – 01 sierpnia 2020r.
3. Adres wypoczynku: ..... Ośrodek Wypoczynkowy „Bajka", Wałdowo 48, 14-100 Ostróda
4. Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym: ..... nie dotyczy
5. Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą: ..... nie dotyczy

..... (miejscowość, data)

..... (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU *wypełniają rodzice / opiekunowie dziecka*

1. Imię (imiona) i nazwisko: .....,
2. Data urodzenia: .....,
3. Adres zamieszkania: .....
.....,
4. Nazwa i adres szkoły: .....
....., klasa: .....,
5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów): .....
.....,
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (opiekunów): .....
.....,
7. Numer telefonu (numery) rodziców (opiekunów): .....
.....,
8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:
.....
.....
.....,
9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony; jak znosi jazdę samochodem; czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach; czy cierpi na jakieś choroby, dolegliwości lub lęki; przebyte choroby o istotnym znaczeniu; czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, czy i z jakiego powodu dziecko było w ostatnim roku w szpitalu; czy, kiedy i jaką dziecko otrzymało surowicę):

☐ alergie (jakie: .....),
☐ choroba lokomocyjna (w stopniu: .....),
☐ leki (jakie: .....),
☐ aparat ortodontyczny, ... ☐ okulary, ...,
☐ pozostałe informacje: .....
.....

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

10. Istotne dane o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub ewentualnym przedstawieniem książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

☐ tężec (rok .....), ☐ błonica (rok .....), ☐ dur (rok .....),
inne: .....
.....
.....

11. Numer PESEL uczestnika 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 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781)). Powyższe dane podałam(em) rzetelnie i zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

..... (data)

..... (podpis rodziców lub opiekunów prawnych)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU *wypełnia organizator*

Postanawia się:

☐ 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 *wypełnia organizator*

Uczestnik przebywał na (forma i 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 CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE *wypełnia organizator*

.....

.....

.....

.....

.....

....

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

wypełnia organizator

.....

.....

.....

.....

.....

....

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

Właściwe kratki należy zaznaczyć znakiem „X". Prosimy o czytelne wypełnienie karty – Dziękujemy.

OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

wypełnia rodzic / opiekun dziecka

DOTYCZY

1. Forma wypoczynku: ..... kolonia letnia
2. Termin wypoczynku: ..... 19 lipca 2020r. – 01 sierpnia 2020r.
3. Adres wypoczynku: ..... Ośrodek Wypoczynkowy „Bajka", Wałdowo 48, 14-100 Ostróda
4. Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym: ..... nie dotyczy
5. Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą: ..... nie dotyczy

4. Uczestnik (imię i nazwisko): .....,

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka w czasie trwania wypoczynku zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i konieczne operacje.

W razie konieczności, wyrażam również zgodę na transport prywatnym środkiem transportu.

....

(data) (podpis rodziców lub opiekunów prawnych)