

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

I. INFORMACJA ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

- FORMA WYPOCZYNKU : OBÓZ KRAJOZNAWCZY POŁĄCZONY Z WARSZTATAMI MATEMATYCZNYMI
- ADRES : DOM WYPOCZYNKOWY **ZBÓJNIK**, Ząb 10m, 34-521 Ząb
- CZAS TRWANIA - OD **24.07.2014r.** DO **31.07.2014r.**

MIŃSK MAZ., 26.05.2014r.

.....
(PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK W FORMIE OBOZU KRAJOZNAWCZEGO POŁĄCZONEGO Z WARSZTATAMI MATEMATYCZNYMI

- IMIĘ I NAZWISKO.....
- DATA URODZENIA.....
- PESEL UCZESTNIKA.....
- ADRES ZAMIESZKANIA.....
- ADRES RODZICÓW (OPIEKUNÓW) DZIECKA PRZEBYWAJĄCEGO NA WYPOCZYNKU:
.....
.....TEL.....
- TEL. DOMOWY UCZESTNIKA.....
- TEL. KOM. UCZESTNIKA.....
- NAZWA I ADRES SZKOŁY
.....KLASA.....

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
(PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM (PODAŁAM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ BYĆ POMOOCNE W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA WARSZTATACH.

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
(PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie kserokopii książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienie ochronne (podać rok): tężec....., błonica....., dur....., inne.....

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
(PODPIS LEKARZA, RODZICA LUB OPIEKUNA)

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
(PODPIS WYCHOWAWCY)

VI. ZOBOWIĄZANIA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

- Zobowiązuję się do poniesienia odpowiedzialności materialnej za szkody poczynione przez moje dziecko w czasie wyjazdu w dn. 24.07.2014r. - 31.07.2014r.
- Na własną odpowiedzialność powierzam mojemu dziecku na czas wyjazdu: telefon komórkowy o numerze, kartę płatniczą, aparat fotograficzny, pieniądze*, inne.....
- Zobowiązuję się do zapewnienia dojazdu dziecka w dniu 24.07.2014r.:
 - osobiście do miejsca zakwaterowania, planowana godzina dojazdu.....
 - pociągiem do Zakopanego, planowana godzina dojazdu.....
 - autobusem/busem do Zakopanego, planowana godzina dojazdu.....
 Inne / Uwagi
- Zobowiązuję się do zapewnienia powrotu dziecka w dniu 31.07.2014r. (wykwaterowanie do godziny 10:00.):
 - osobiście z miejsca zakwaterowania, planowana godzina przyjazdu po dziecko.....
 - pociągiem z Zakopanego, godzina odjazdu pociągu z Zakopanego.....
 - autobusem/busem z Zakopanego, godzina odjazdu autobusu/busu z Zakopanego.....
 Inne / Uwagi
- W przypadku wyboru formy dojazdu dziecka pociągiem lub autobusem/busem Organizator ponosi odpowiedzialność za uczestnika obozu od momentu odbioru dziecka z dworca PKP/PKS o ustalonej godzinie w dniu 24.07.2014 do momentu dowiezienia dziecka na dworzec PKP/PKS o ustalonej godzinie w dniu 31.07.2014. W pozostałym czasie podróży odpowiedzialność za dziecko ponosi rodzic, opiekun prawny.

* niepotrzebne skreślić

.....
 (MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
 (PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA)

VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA (wypełnia organizator)

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

.....

.....
 (MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
 (PODPIS)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU (wypełnia organizator)

Dziecko przebywało na OBÓZIE KRAJOZNAWCZYM POŁĄCZONYM Z WARSZTATAMI MATEMATYCZNYMI, DOM

WYPOCZYNKOWY ZBÓJNIK, Ząb 10m, 34-521 Ząb

od dniado dnia.....2014r.

Ząb k.Zakopanego.....
 (MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
 (PODPIS)

ix. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.).

nie wystąpiły żadne choroby, urazy i uczestnik nie wymagał leczenia

.....
.....

Organizator informuje rodziców o zachorowaniach, leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
(PODPIS LEKARZA LUB PIELĘGNIARKI)

x. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU (wypełnia organizator)

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

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
(PODPIS WYCHOWAWCY)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II , III, IV i IX karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
(PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA)