VI. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

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

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

Kraków Paweł Grabka

........................................................ ……………………………………

(miejscowość, data) ( podpis kierownika wypoczynku)

VII. UWAGI, SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA

O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

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

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

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy - instruktora)

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

# 

## I. INFORMACJA ORGANIZTOTORA WYPOCZYNKU

1. Organizator: **Fundacja Kształcenia, Wypoczynku i Rekreacji**
2. Forma placówki wypoczynku: **Zimowisko**
3. Adres placówki: **Willa Tram 34-735 Niedźwiedź, Poręba Wielka 475**
4. Czas trwania : **03.02.2017 -12.02.2017**

Kierownik placówki

Kraków 1.12.2016 Paweł Grabka

.......................................... ……………………………………

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka .....................................................................................................
2. Data i miejsce urodzenia ...................................r. w ..........................................................
3. Adres zamieszkania ............................................................................................................
4. Nr PESEL dziecka ..............................................................................................................
5. Imię i nazwisko Ojca (Opiekuna) .......................................................................................
6. Imię i nazwisko Matki (Opiekuna) .....................................................................................
7. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

............................................................................................................................................. telefon .......................................................……..…………………………..…………….. e-mail:…………………………………………..................................................................

1. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości ......................... zł.

Słownie .......................................................................................................................... zł.

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

(miejscowość, data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

### III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (*np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny, okulary czy cierpi na jakieś lęki lub podać inne nie wymienione*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy dziecko ma uczulenia/alergie? | **nie** | **tak, podaj jakie:** |
| Jak dziecko znosi jazdę samochodem? | **dobrze** | **źle** |
| Czy dziecko nosi okulary/szkła kontaktowe? | **nie** | **tak** |
| Czy dziecko przed wyjazdem było na przeglądzie u stomatologa? | **nie** | **tak** |
| Czy dziecko przyjmuje stale leki?  Podaj pozostałe informacje: | **nie** | **tak (podaj poniżej, jakie i w jakich dawkach)** |

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

(*niepotrzebne skreślić)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień) | | | | | |
| tężec |  | błonica |  | dur |  |
| inne (jakie?) |  | | | | |

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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartychwkarcie kwalifikacyjnej, dla potrzeb niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Fundacji Kształcenia Wypoczynku i Rekreacji i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie mojego dziecka; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Fundacji Kształcenia Wypoczynku i Rekreacji, także tych, w których uczestniczyć będzie moje dziecko; 3) użycie wizerunku mojego dziecka, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez Fundacji Kształcenia Wypoczynku i Rekreacji, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zmianami), bez ograniczeń co do czasu i ilości.

Oświadczam, że znam i akceptuję warunki uczestnictwa mojego dziecka i są one dla mnie zrozumiałe.

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

(miejscowość, data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. DECYZJA ORGANIZATORAO KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

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

Kraków 15.01.2017 Paweł Grabka

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku )

V. POTWIERDZENIE POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało zimowisku **w Koninkach**

od dnia 03.02.2017 do dnia 12.02.2017

Korzkiew Paweł Grabka

........................................................ ……………………………………

(miejscowość, data) ( podpis kierownika wypoczynku)