KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU:

1. Forma wypoczynku: kolonia

2. Termin wypoczynku (proszę wybrać termin):

- ☐ **Turnus 1: 23 czerwca – 29 czerwca 2024**
- ☐ **Turnus 2: 30 czerwca – 06 lipca 2024**
- ☐ **Turnus 3: 07 lipca – 13 lipca 2024**
- ☐ **Turnus 4: 14 lipca – 20 lipca 202**
- ☐ **Turnus 5: 21 lipca – 27 lipca 2024**
- ☐ **Turnus 6: 28 lipca – 03 sierpnia 2024**
- ☐ **Turnus 7: 04 sierpnia 2023 – 10 sierpnia 2024**
- ☐ **Turnus 8: 10 sierpnia 2023 – 23 sierpnia 2024**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

FUNDACJA STACJA BADAWCZA
UL. WIOSENNA 36, 05-555
ŚWIĘTOCHÓW

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

……

2. Imiona i nazwiska rodziców

……

……

3. Rok urodzenia ……

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

5. Adres zamieszkania ……

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców[3)]

……

……

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

……

……

……

8. 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 nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....

.....

.....

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

tężec ……
błonica ……
dur ……
inne ……
……
……

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku

- stwie rdzam, że podałem/podałam wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą być istotne w zapewnieniu opieki dziecku w czasie Wypoczynku i tym samym przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znnych mi a nie ujawnionych informacji w tym specjalnych potrzeb, chorób i alergii dziecka;
- przyjmuję do wiadomości, że podczas pobytu dziecko nie może posiadać ani samodzielnie zażywać leków i suplementów diety;
- w razie konieczności pomocy medycznej, opieki ambulatoryjnej, wizyty u lekarza, w przychodni, w szpitalu, wrażam zgodę na transport dziecka prywatnym samochodem przez pracownika Fundacji i w/w pomoc lekarską.

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 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

....
(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się[1)]:

☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....

.....

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