/pieczęć organizatora/

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku /właściwe zaznaczyć znakiem „X”/

fi kolonia fi biwak

fi zimowisko fi półkolonia

fi obóz

xfi inna forma wypoczynku zajęcia w czasie ferii

(proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku 30.01.2023 r. -10.02.2023 r.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: Szkoła Podstawowa im. K. Makuszyńskiego w Wiechlicach

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym ……..

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą …….

Organizator:
Szkoła Podstawowa im. K. Makuszyńskiego w Wiechlicach
ul. Brzozowa 17; 67-300 Szprotawa;
Tel. 68 376 75 53

……. …….

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko ……..…….

2. Imiona i nazwiska rodziców ……..

…….

3. Rok urodzenia ……

4. Adres zamieszkania .....……..……

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (w przypadku uczestnika niepełnosprawnego) …….

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

…….....

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)

……
……..
……
……
……
……

/proszę o rzetelne, czytelne i dokładne wypełnienie tabel i rubryk/

Nazwisko dziecka	Imię dziecka
Numer PESEL	

1. Dolegliwości i objawy, które często występują u dziecka, wpisać właściwy symbol T-tak lub N-nie

bóle brzucha		krwotoki z nosa		omdlenia		cukrzyca	
bóle głowy		ataki duszności		bóle stawów		padaczka	
kaszel		częste wymioty		lęki nocne		drgawki	
moczenie nocne		szybkie męczenie		zaburzenia równowagi		utrata przytomności	
inne – wymienić jakie							

2. Przebyte choroby /gdy tak proszę podać rok/

żółtaczka zakaźna	Zapalenie nerek	Błonica	Zapalenie wyrost. robaczkowego	Dur brzuszny	Zapalenie ucha	Częste anginy
Inne choroby zakaźne:				Inne choroby:		

3. Inne informacje /wpisać właściwy symbol: T gdy tak lub N gdy nie/

Czy dziecko przebywało w ostatnim roku w szpitalu?		Powód:	
Czy dziecko otrzymało surowicę?		Jaką i kiedy:	
Czy dziecko nosi okulary?		Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny?	
Czy dziecko dobrze znosi jazdę samochodem?		Czy dziecko jest nieśmiałe?	
Na co dziecko jest uczulone?			

Czy dziecko przyjmuje stale leki? W jakich dawkach oraz inne uwagi o stanie zdrowia dziecka	
Inne uwagi dotyczące dziecka /podopiecznego/	

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

tężec:
błonica
dur
inne
Nr ubezpieczenia

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 DO UDZIAŁU W ZAJĘCIACH

IX. Zasady i regulacje organizacyjne

Zasady zakwalifikowania na
Podstawą do zakwalifikowania uczestnika do zajęć jest brak przeciwwskazań lekarskich, kompletnie i czytelnie wypełniona, opatrzona wszystkimi czytelnymi podpisami niniejsza karta kwalifikacyjna wypoczynku przekazana przed rozpoczęciem zajęć (do 25.01.2023 r.).

Prosimy o czytelne wypełnienie rubryk i złożenie wszystkich podpisów

Udział uczestników w zajęciach jest bezpłatny.

Ogólne zasady uczestnictwa. Każdy uczestnik jest zobowiązany do przestrzegania regulaminów zajęć i podporządkowania się zaleceniom oraz wskazówkom kadry. W placówce wypoczynku obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu, picia alkoholu i używania środków odurzających, samowolnego oddalania się z terenu szkoły. Każde wykroczenie przeciw zasadom regulaminów będzie skutkowało ukaraniem uczestnika zajęć upomnieniem lub naganą do zakzu uczestniczenia w zajęciach włącznie. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestników podczas pobytu na zajęciach. Rodzice lub opiekunowie prawni dziecka ponoszą wszelką odpowiedzialność, w tym również finansową , za wyrządzone z jego winy szkody na rzecz organizatora, bądź innych współuczestników zajęć i zobowiązani są do ich naprawienia. Rodzice (opiekunowie) dziecka mają obowiązek przyprowadzić i odebrać dziecko po zakończeniu zajęć. Odpowiedzialność organizatora za powierzone dziecko rozpoczyna się z chwilą wejścia dziecka na zajęcia, natomiast kończy się z chwilą wyjścia dziecka z zajęć w miejscu, w którym powinni na dziecko oczekiwać rodzice lub prawni opiekunowie.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z ogólnymi zasadami uczestnictwa i zobowiązuję się do ich przestrzegania

……
/czytelny podpis uczestnika-uczestniczki wypoczynku/

Oświadczam, ze zapoznałam/zapoznałem się z zasadami zakwalifikowania oraz ogólnymi zasadami uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez Szkołę Podstawową im. K. Makuszyńskiego w Wiechlicach. Podałem/podałam wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki wychowawczej i zdrowotnej w czasie pobytu dziecka na zajęciach. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. W przypadku choroby dziecka pokryję koszty zakupionych przez organizatora niezbędnych leków. W razie uzasadnionej potrzeby wyrażam zgodę – nie wyrażam zgody /niepotrzebne skreślić/ na badanie dziecka na obecność środków odurzających w organizmie.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej karcie wypoczynku w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa, ochrony zdrowia i opieki nad dzieckiem.

……..

/czytelny podpis matki, ojca lub prawnych opiekunów uczestnika wypoczynku/

Postanawia się:

☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na zajęcia

☐ odmówić zakwalifikowania dziecka na zajęcia ze względu ……

…… .
……

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał (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

……
……
……

…… ……

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

……
……
……

…… ……

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)