

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

(rodzic wypełnia pola czarne)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku – obóz stacjonarny dziecięco – młodzieżowy „Starszy brat, starsza siostra”
2. Czas trwania wypoczynku od **08.07.2017 do 15.07.2017**
3. Adres: Ośrodek Wypoczynkowy „Waszeta”, Waszeta 6 11-015 Olsztynek
tel . (89) 519 40 70 ; www.waszeta.pl

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Imiona i nazwiska rodziców.....
3. Rok urodzenia
4. Adres zamieszkania
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców:
.....

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

6b. Adres mailowy rodziców uczestnika 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
.....

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

tężec..... błonic
a.....dur.....
.....inne.....
.....

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki oraz na publikację zdjęć z obozu na stronie internetowej i FB Fundacji oraz w publikacjach dotyczących obozu (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, zm.)).
z późn.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

W razie konieczności udzielnie mojemu dziecku pomocy medycznej podczas trwania obozu, wyrażam na to zgodę.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki dziecka w wysokości.....zł,
słowniezł.

Proszę o dofinansowanie*) wysokości..... zł, słownie

*)Dofinansowanie dotyczy dzieci z rodzin w trudnej sytuacji materialnej

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

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

Postanawia się:

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

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

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

Uczestnik przebywał

(adres miejsca wycieczki)

od dnia (dzień, miesiąc, rok)do dnia (dzień, miesiąc,rok)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wycieczki)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)