

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

I INFORMACJA ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: półkolonie letnie

2. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

3. Termin wypoczynku

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

II WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

DANE DZIECKA

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka:

2. Imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów

3. Data urodzenia.....

4. PESEL.....

„Oświata-Lingwista” Nadbałtyckie Centrum Edukacji Sp. z o.o.,
80-107 Gdańsk, ul. Malczewskiego 51

5. Adres zamieszkania.....
.....
.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (jeżeli inny od adresu zamieszkania dziecka)

7. Telefon do rodziców (opiekunów)

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości zł słownie

.....
(miejscowość, data) (podpis rodziców lub opiekunów)

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

**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 lub okulary)**

www.aktywnaturystyka.eu
tel. 508 311 100
turystyka@oswiatalingwista.eu

.....
.....
.....
.....
Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):
tężec.....
błonica.....
dur
inne
.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA PÓŁKOLONIACH. ZGADZAM SIĘ NA UCZESTNICTWO DZIECKA W WYJSCIACH I WYCIECZKACH ORGANIZOWANYCH W RAMACH PÓŁKOLONII, ZAJĘCIACH WODNYCH I SPORTOWYCH.

.....
.....
(miejscowość, data) (podpis rodziców lub opiekunów)

IV DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek „Oświata-Lingwista” Nadbałtyckie Centrum Edukacji Sp. z o.o., 80-107 Gdańsk, ul. Malczewskiego 51

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

.....
.....
.....
.....
.....
(miejscowość, data) (podpis)

V POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia do dnia.....20....r.

.....
.....
(miejscowość ,data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

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

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

www.aktywnaturystyka.eu
tel. 508 311 100
turystyka@oswiatalingwista.eu

.....
.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
.....
(miejsowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki)

**VII UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-
INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA
WYPOCZYNKU**

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

.....
.....
(miejsowość, data) (podpis wychowawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka. W razie zagrożenia życia dziecka rodzice/opiekunowie Uczestnika dokonując zgłoszenia, wyrażają zgodę na leczenie szpitalne dziecka, zabiegi diagnostyczne oraz transport dziecka samochodem organizatora.

„Oświata-Lingwista” Nadbałtyckie Centrum Edukacji Sp. z o.o.,
80-107 Gdańsk, ul. Malczewskiego 51

.....
.....
(miejsowość, data) (podpis rodziców lub opiekunów)

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Półkolonii oraz Warunki Uczestnictwa i zobowiązuję się do odpowiedzialności za przestrzeganie ich przez moje dziecko.

Obowiązującą odpłatność za półkolonie przekażę do dniana konto wskazane w Warunkach Uczestnictwa.

.....
.....
(miejsowość, data) (podpis rodziców lub opiekunów)

UWAGA!!

Wszystkie leki, które dziecko przyjmuje na stałe powinny być opisane i przekazane wychowawcy. Opis na opakowaniu powinien zawierać: imię i nazwisko dziecka, dawkę i częstotliwość podawania. Ponadto do leku powinno zostać dołączone upoważnienie o treści:

UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODANIA LEKÓW DZIECKU

Ja, niżej podpisany

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

upoważniam

.....
(imię i nazwisko nauczyciela/pracownika)

www.aktywnaturystyka.eu

tel. 508 311 100

turystyka@oswiatalingwista.eu

do podania mojemu dziecku leku :

.....

.....

(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis rodziców lub opiekunów)