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……

5.Adres zamieszkania……

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

……

……

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 ……..zł.

…… ……
(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
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.)

……

……

……

……

……

……

…….

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

……. ……..……

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki)

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

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

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

……
……
……

…… ……
(miejscowość, 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.

…… ……
(miejscowość, 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 dnia **……**na konto wskazane w Warunkach Uczestnictwa.

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

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

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)
do podania mojemu dziecku leku :
……
…… ……
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

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

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