

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: **OBÓZ reGeneration Camp**
2. Adres: **Ostróda Camp, ul. Plebiscytowa 46, 14-100 Ostróda**
3. Czas trwania wycieczki **od 24 do 30 czerwca 2018 r.**

Ostróda 12.04.2018
(miejsce, data) (podpis organizatora wycieczki)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzenia.....
3. Adres zamieszkania..... telefon.....
4. PESEL uczestnika
5. Imię i nazwisko rodziców/opiekuna.....
6. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce:
..... telefon.....

.....
(miejsce, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary oraz inne istotne informacje o zdrowiu dziecka)

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

Zaznaczyć właściwe - u dziecka występują: drgawki, utrata przytomności, omdlenia, zaburzenia równowagi, bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, duszności, bóle stawów, wymioty, inne)

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....
(data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec....., błonica....., dur....., inne

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

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielenie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o dziecku, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko bez zgody i kontroli medycznej, podczas pobytu na obozie nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.

.....
(data) (ojca, matki lub opiekuna)

V. OŚWIADCZENIE RODZICÓW

Wyrażam zgodę na bezpłatne przetwarzanie, uaktualnianie, udostępnianie i przechowywanie danych osobowych uczestnika i moich, na utrwalanie wizerunku dziecka dla potrzeb prawidłowej realizacji oferty oraz w celach marketingowych przez organizatora (zdjęcia i wideo w katalogach, fotorelacjach, na stronach internetowych organizatora).

.....
(data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

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

.....
.....

.....
(data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na obozie reGeneration Camp, ul. Plebiscytowa 46, 14-100 Ostróda od dnia 24 czerwca 2018 do dnia 30 czerwca 2018 .

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
(miejsowość data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej
opiekę medyczną podczas wypoczynku)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejsowość data)

.....
(podpis wychowawcy - instruktora)

