

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU-(w ramach „Gdańsk Business Week 2018”)

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: warsztaty kreatywności i przedsiębiorczości
2. Adres:
3. Czas trwania wypoczynku od 15.07.2018 do 20.07.2018 r.

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

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania Telefon
4. Nazwa i adres szkoły Klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:

.....
.....
Telefon

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, czy cierpi na jakieś choroby przewlekłe, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

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

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



IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

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

V. INFORMACJA OPIEKUN UCZESTNIKA

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
(data) **(podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna)**

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

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

.....
.....

.....
(data) **(podpis)**

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia do dnia r.

.....
(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) (czytelny podpis wychowawcy-instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn.zm.).

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