

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku obóz/~~kolonia~~/~~zimowisko~~/~~półkolonia~~
2. Termin wypoczynku: 16-26.08.2023
3. Adres wypoczynku: Zespół Szkolno-Przedszkolny w Ścinawce Średniej ul. Sikorskiego 34, 57-410 Ścinawka Średnia

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców
.....
3. Rok urodzenia
4. PESEL.....
5. Adres zamieszkania
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców.....
.....
.....
7. Numer telefonu rodziców/osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania 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 dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary)

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

Tężec(.....)Błonica(.....) inne.....
.....

☐ Oświadczam, że podałem wszystkie niezbędne informacje mogące w istotny sposób wpłynąć na bezpieczeństwo i zapewnienie odpowiedniej opieki mojemu dziecku w czasie trwania wypoczynku

☐ Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na portalach społecznościowych należących wyłącznie do Organizatora oraz stronie internetowej organizatora do lat 5 po zakończeniu wypoczynku (zgodnie z ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. 2006, nr 90, poz.631))

☐ Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem obozu, akceptuję go w całości oraz zapoznałam/em z nim moje dziecko.

☐ Wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku pomocy medycznej lub leczenia ambulatoryjne. W razie konieczności wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegów/operacji ratujących życie lub zdrowie mojego dziecka.

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