

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki obóz/kołonia/zimowisko/półkołonia
2. Termin wycieczki: 15-21.01.2023
3. Adres wycieczki: Olimp Hotel i Restauracja
ul. Łucznicza 1, 48-200 Prudnik

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

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 wycieczki, w czasie trwania wycieczki
.....
.....

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.....
.....

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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 wycieczki

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na portalach społecznościowych należących wyłącznie do Organizatora oraz stronie internetowej organizatora do lat 5 po zakończeniu wycieczki (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)