

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

„Słoneczne Wakacje w Oratorium”

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku **Półkolonia w mieście**
2. Adres **ul. Jagiełły 10**
3. **Terminy**

Termin	(zaznaczyć znakiem X właściwy termin)
25-29.06.2018	
02-06.07.2018	
09-13.07.2018	
20-24.08.2018	
27 -31.08.2018	

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

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

.....
telefon matki:telefon ojca:

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości

..... zł słowniezł.

.....
(miejscowość, 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)

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

STWIERDZAM, 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,

blonica, dur, inne

.....
(data)

.....
(podpis lekarza, matki, ojca lub 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 2 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)

.....
(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.

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie zdjęć bądź filmów przedstawiających uczestnika (prasa, telewizja, Internet) w sposób nie naruszający prywatności i godności. Przyjmuję do wiadomości, że materiały te będą przetwarzane wyłącznie w celach promocji oraz projektów przez nie podejmowanych.

.....
(data)

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

Oratorium św. Jana Bosko w Oświęcimiu
Dyrektor ks. Andrzej Policht
Kierownik Żaneta Skamaj – 607-099-753
jest.bosko@sdb.krakow.pl www.orationum1915.sdb.org.pl

Projekt jest współfinansowany ze środków Urzędu Miasta Oświęcim.