

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Dodatkowe oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z **Regulaminem udziału w Letnim Obozie Taekwon-do**, znajdującym się na stronie www.obozy.kct.pl.
2. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości 1 200 zł (słownie: jeden tysiąc dwieście złotych).
3. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach sportowych oraz na korzystanie basenu.
4. W razie konieczności wyrażam zgodę na podawanie przez pielęgniarkę lub wychowawców leków objawowych lub leków przepisanych przez lekarza.
5. W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka upoważniam wychowawcę _____ lub kierownika obozu _____ do podejmowania decyzji w sprawie podjęcia leczenia szpitalnego, zabiegów diagnostycznych i operacji.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV, VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
podpis uczestnika

.....
podpis rodzica (opiekuna)

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Nazwa organizatora: Krakowskie Centrum Taekwon-do
2. Czas trwania wypoczynku od 18.08.2019 do 24.08.2019
3. Adres placówki: Hotel Kmicic Belvedere & Spa,
ul. Wrzoska 35, 42-253 Złoty Potok
4. Forma wypoczynku: letni obóz taekwon-do

Telefon kontaktowy do ośrodka: 600 837 067

Telefon do kierownika obozu: 502 067 081

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA DO PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia Miejsce urodzenia
3. PESEL
4. Adres zamieszkania
Kod pocztowy i miejscowość
5. Imię i nazwisko ojca (opiekuna)
Imię i nazwisko matki (opiekunki)
6. Klasa Oddział NFZ
7. Nazwa i adres szkoły
8. Adres pobytu rodziców (opiekunów) dziecka w trakcie pobytu dziecka na na wypoczynku
.....
Telefony kontaktowe
- Adres email:

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, czy występują: omdlenia, szybkie męczenie się, lęki nocne, moczenie nocne, cukrzyca, padaczka):

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

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku.

.....
(data) (podpis rodzica lub opiekuna)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....
(data) (podpis lekarza, rodzica lub opiekuna)

V. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

W przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy wypełnia rodzic lub opiekun.

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

.....
(data) (podpis wychowawcy, rodzica lub opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

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

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

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE

Dziecko przebywało na obozie od do 2019 r.

.....
(data) (pieczęćka i podpis dyrektora placówki)

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

.....
(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną)

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

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

.....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy lub instruktora)