

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Nazwa organizatora: Krakowskie Centrum Taekwon-do
2. Czas trwania wycieczki i adres placówki: **26-30.06.2023**, Kraków, SP 149 ul. Bujaka 15,
3. Forma wycieczki: półkolonia

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 ..... PESEL.....
3. Adres zamieszkania .....
4. Klasa ..... Oddział NFZ .....
5. Nazwa i adres szkoły .....
6. Adres pobytu rodziców (opiekunów) dziecka w trakcie pobytu dziecka na wycieczce .....

Telefony kontaktowe .....

Adres email: .....

## 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, czy występują: omdlenia, szybkie męczenie się, cukrzyca, padaczka):

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

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

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

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

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec....., błonica....., dur.....,  
żółtaczka....., 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 PÓŁKOLONII

Dziecko przebywało na półkolonii od ..... do ..... 2023 r.

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

## VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE

**TRWANIA WYPOCZYNKU** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....  
.....

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

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

.....  
.....

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

## DODATKOWE OŚWIADCZENIA:

1. W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka w przypadku braku możliwości skontaktowania się z opiekunem dziecka upoważniam wychowawcę lub kierownika obozu do podejmowania decyzji w sprawie podjęcia leczenia szpitalnego, zabiegów diagnostycznych i operacji.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych w części II, III, IV, VIII danych osobowych przez Krakowskie Centrum Taekwon-do w celu realizacji obozu przez okres świadczenia usług chyba że przepisy prawa przewidują przechowanie danych w dłuższym okresie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

..... (podpis uczestnika) ..... (podpis rodzica (opiekuna))