

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Nazwa organizatora: Krakowskie Centrum Taekwon-do
2. Czas trwania wypoczynku i adres placówki: 20-24.01.2025 r, Kraków, SP 149, ul. Bujaka 15,
3. Forma wypoczynku: półkolonia

Telefon do kierownika obozu:

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 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 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 wypoczynku.

.....
(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 2025 r.

.....
(data) (pieczęć 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)

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)