



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

- 1. Forma wycieczki:** Półkolonia – Ferie w mieście. W 5 dni dookoła świata.
- 2. Adres placówki:**
Liceum Ogólnokształcące Zakonu Pijarów
Ul. Akcyjowa 5, 31-466 Kraków
- 3. Czas trwania wycieczki:** 03 -07.02.2020r. w godz. 9.00-15.00.
- 4. Organizator:**
Fundacja Oświatowa im. ks. Stanisława Konarskiego
ul. Akcyjowa 5, 31-466 Kraków
tel. 12 411 07 95, e-mail: fundacja.oswiatowa@gmail.com
www.oswiatowa.pijarzy.pl

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Numer PESEL.....
3. Adres zamieszkania telefon
4. Nazwa i adres szkoły klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki:
.....
..... telefon do matki telefon do ojca.....
6. E-mail rodziców (opiekunów)

.....
(miejscowość, data)

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Przebyte choroby (proszę podać, w którym roku życia): odra, ospa, różyczka, świnka, szkarlatyna, astma, padaczka, choroby reumatyczne....., żółtaczkę zakaźną, choroby nerek, inne.....
2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku (omdlenia, bóle głowy, brzucha, niedostuch, krwawienie z nosa, duszności, przewlekły kaszel, katar, anginy i inne)
.....
.....

3. Na co dziecko jest uczulone (proszę podać na co, np. nazwa leku, rodzaj pokarmu)
.....
.....

4. Jak znosi jazdę samochodem*?
.....
.....

*Jeśli źle, to prosimy o zaopatrzenie np. w aviomarin lub inny lek uzgodniony z lekarzem.

5. Czy przyjmuje stale leki, w jakich dawkach*?
.....
.....

*



Jeśli dziecko przyjmuje leki, to prosimy o zaopatrzenie uczestnika w ich odpowiednią ilość oraz wpisanie w karcie sposobu dawkowania.

6. Czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary

.....
.....

7. Czy u dziecka zdiagnozowano objawy nadpobudliwości? Czy dziecko jest np. nieśmiałe, ma trudności w nawiązaniu kontaktów:

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

8. Inne informacje o zdrowiu i usposobieniu uczestnika:

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

WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH PRZEWIDZIANYCH PROGRAMEM.

POTWIERDZAM, ŻE PODAŁEM (-AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI NA PÓŁKOLONII. WYRAŻAM ZGODĘ NA WYDAWANIE PRZEZ PIELĘGNIARKĘ I WYCHOWAWCÓW LEKÓW OBJAWOWYCH ORAZ ZALECONYCH PRZEZ LEKARZA, A W RAZIE ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I OPERACJE. WYRAŻAM RÓWNIEŻ ZGODĘ NA OKRESOWE BADANIE CZYSTOŚCI WŁOSÓW W OBECNOŚCI INNYCH UCZESTNIKÓW PÓŁKOLONII.

.....
(miejsowość, data)

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

IV. OŚWIADCZENIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka dla potrzeb obsługi i realizacji „Ferii w mieście. W 5 dni dookoła świata” prowadzonych przez Fundację Oświatową im. ks. Stanisława Konarskiego - Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) – dalej RODO oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych).

Wyrażam zgodę na robienie zdjęć i nagrywanie video mojemu dziecku podczas „Ferii w mieście. W 5 dni dookoła świata” oraz wykorzystania ich w materiałach reklamowych i na stronach www organizatora.

.....
(miejsowość, data)

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

V. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH (lub w załączeniu kopia książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Szczepienie ochronne (podać rok): tężec, błonica, dur,
inne.....

Stan skóry:

Stan włosów:

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis lekarza lub rodzica/opiekuna)



VI. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

(miejsowość, data)

(podpis wychowawcy lub rodzica/opiekuna)

VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek: TAK/NIE
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis osoby upoważnionej)

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres miejsca wypoczynku) od dnia do dnia 20.... r.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

IX. 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)

X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)