

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

- 1. Forma wypoczynku:** Półkolonia letnia
- 2. Adres placówki:**  
Liceum Ogólnokształcące Zakonu Pijarów  
ul. Akacyjowa 5, 31-466 Kraków
- 3. Czas trwania wypoczynku /proszę zaznaczyć właściwe/:**
  - I turnus: 29.06. – 03.07.2020
  - II turnus: 06.07. – 10.07.2020
  - III turnus: 17.08. – 21.08.2020
  - IV turnus: 24.08. – 28.08.2020
- 4. Organizator:**  
Fundacja Oświatowa im. ks. Stanisława Konarskiego  
ul. Akacyjowa 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 wypoczynku:  
.....  
..... telefon do matki ..... telefon do ojca.....
  6. E-mail rodziców (opiekunów) .....
- .....  
(miejscowość, data) .....
- .....  
(podpis rodzica 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. 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 PRZEWDZIANYCH 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 RÓWNIŻ ZGODĘ NA OKRESOWE BADANIE CZYSTOŚCI WŁOSÓW W OBECNOŚCI INNYCH UCZESTNIKÓW PÓŁKOLONII.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

#### IV. OŚWIADCZENIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka dla potrzeb obsługi i realizacji „Półkolonii letniej” prowadzonej 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).
2. Zapoznałam/em się i akceptuję regulamin i procedury bezpieczeństwa w trakcie epidemii COVID-19 obowiązujące podczas półkolonii organizowanej przez Fundację Oświatowej im. ks. Stanisława Konarskiego i nie mam w stosunku do nich zastrzeżeń.
3. Jestem świadoma/y możliwości zarażenia się mojego dziecka, mnie, moich domowników, kadry półkolonii i pracowników w szkole i innych dzieci COVID-19. Jestem świadoma/y, iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników półkolonii wraz z kadrą, jak również ich rodzinami.
4. Odpowiedzialność za podjętą przeze mnie decyzję związaną z przyprowadzeniem dziecka na półkolonie, dowożeniem go do wskazanej wyżej placówki, tym samym na narażenie na zakażenie COVID-19 jest po mojej stronie.
5. W dniu rozpoczęcia półkolonii dostarczę do szkoły podpisane oświadczenie (załącznik) - brak oświadczenia skutkuje nie przyjęciem dziecka na półkolonię.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

6. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na robienie zdjęć i nagrywanie video mojemu dziecku podczas „Półkolonii letniej” oraz wykorzystania ich w materiałach reklamowych i na stronach www organizatora.

*\*nieprawidłowe skreślić*

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica 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: .....

.....  
(miejscowość, data)

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

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

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

.....  
(miejscowość, 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 .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby upoważnionej)

**VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

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

.....  
(miejscowość, 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**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)



Fundacja Oświatowa im. ks. Stanisława Konarskiego  
31 – 466 Kraków, ul. Akcyjowa 5, tel./fax 12 411 07 95  
e-mail: fundacja.oswiatowa@gmail.com;  
www.oswiatowa.pijarzy.pl;  
KRS: 0000007646; NIP: 945-18-98-195; REGON 357117369  
nr rachunku: 90 1020 2892 0000 5402 0148 2157

#### X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy)