

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: półkolonia „Kreatywne Ferie 2021”

2. Adres placówki:

Szkoła Podstawowa Zakonu Pijarów,
ul. Dzielskiego 1, 31-465 Kraków

3. Czas trwania wycieczki: 11-15.01.2021r.

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)

.....
(miejsowość, 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 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 PIEŁĘGNIARKĘ 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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

IV. OŚWIADCZENIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka dla potrzeb obsługi i realizacji półkolonii „Kreatywne Ferie 2021” 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 „Kreatywne Ferie 2021” 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)