

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. **Forma wycieczki:** Półkolonia letnia

2. **Adres placówki:**

Liceum Ogólnokształcące Zakonu Pijarów, ul. Akcyjowa 5, 31-466 Kraków/

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

3. **Czas trwania wycieczki /proszę zaznaczyć właściwe/:**

I turnus: **28.06. – 02.07.2021** „WAKACJE Z MISTRZAMI”

II turnus: **23.08. – 27.08.2021** „WAKACJE Z BOHATERAMI”

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wycieczki)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka .....

2. Data urodzenia .....

3. Numer PESEL .....

3. Adres zamieszkania .....

4. Nazwa i adres szkoły ..... klasa .....

5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów)

6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki:

.....  
.....

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki

.....

8. E-mail rodziców (opiekunów) .....

.....

(miejsowość, data)

(podpis rodzica lub opiekuna)

### III. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

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

2. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawieniem książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec .....  
błonica .....  
dur .....  
inne.....

3. Inne istotne informacje o zdrowiu i usposobieniu uczestnika:

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

### IV. OŚWIADCZENIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW

1. Wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach przewidzianych programem.
2. 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.
3. 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).
4. Zapoznałam/em się i akceptuję regulamin oraz procedury obowiązujące podczas półkolonii organizowanej przez Fundację Oświatowej im. ks. Stanisława Konarskiego i nie mam w stosunku do nich zastrzeżeń.

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)



5. 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. 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 organizatora wypoczynku)

#### VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał na .....  
(forma i adres miejsca wypoczynku) od dnia ..... do dnia ..... 20.... r.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)

#### VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy)