

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Termin półkolonii(wpisać datę)

2. Adres półkolonii, miejsce lokalizacji półkolonii

Pływalnia letnia POSIR – Park Kasprowicza

ul. Jarochońskiego 5/5a, 60-235 Poznań

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Rok urodzenia

3. Numer pesel

4. Uczeń/Absolwent klasy

5. Imiona i nazwiska rodziców/opiekuna prawnego

.....

.....

6. Adres zamieszkania

.....

7. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

.....

8. Numer telefonu rodziców lub opiekunów prawnych

.....

.....

9. adres e-mail rodziców/opiekuna prawnego.....

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

.....

.....

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w półkoloniach i jego udział we wszystkich przewidzianych programem zajęciach zawartych w ofercie na stronie internetowej www.fregata.com.pl. Zapoznałem/am się z programem półkolonii, warunkami uczestnictwa.

.....

(data)

.....

(podpis rodzica/ opiekuna)

Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych w celu otrzymywania informacji marketingowej o nowych imprezach od Fregata Swimming Sp. z o. o. Wyrażam zgodę na publikację zdjęć oraz filmów uczestnika z półkolonii na fregata.com.pl oraz fanpage na FB.

.....

(data)

.....

(podpis rodzica/ opiekuna)

III. ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Czy dziecko jest uczulone? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Alergeny

Objawy alergii

2. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę lub jest w trakcie diagnozowania?

TAK , dziecko choruje TAK, dziecko jest diagnozowane NIE (niepotrzebne skreślić)

Choroba

Symptomy

3. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Kiedy i z jakiego powodu

4. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Przyczyna

Nazwa i dawka leku

5. Inne ważne informacje na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i diety dziecka:

.....

.....

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

.....

.....

7. Informację o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień) :

tężec

błonica.....

dur

inne

.....

.....

Stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w czasie pobytu dziecka na obozie. W razie zagrożenia życia lub zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie i hospitalizację, oraz zabiegi diagnostyczne, operacje. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z obowiązującym prawem, w tym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r. poz. 2135, z późn. zm.)

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/ opiekuna)

IV. DECYZJA ORGANIZATORA PÓŁKOLONII O ZAKWALIFLOWANIU UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PÓŁKOLONIACH

Postanawia się

- zakwalifikować i skierować uczestnika na półkolonie
- odmówić skierowania uczestnika półkolonii na półkolonie ze względu

.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA PÓŁKOLONII POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU PÓŁKOLONII

Uczestnik przebywał
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA KIEROWNIKA PÓŁKOLONII O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE TRWANIA PÓŁKOLONII ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(miejscowość ,data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

**VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU
DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PÓLKOLONII**

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)