

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII – ZIMA 2024

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE PÓŁKOLONII

1. Termin półkolonii..... (wpisać datę)

2. Adres półkolonii, miejsce lokalizacji półkolonii

Termy Maltańskie, ul. Termalna 1, Poznań

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć organizatora półkolonii)

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

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 półkolonii, 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 PÓŁKOLONII

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 półkolonii, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

.....
.....

7. Informacja 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 półkoloniach. 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 półkolonii (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 półkolonii (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 ZAKWALIFIKOWANIU DO UDZIAŁU W PÓŁKOLONIACH

Postanawia się

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

.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora półkolonii)

V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA PÓŁKOLONII POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU PÓŁKOLONII

Uczestnik przebywał
(adres miejsca półkolonii)

w dniach: w godzinach trwania półkolonii (7:30-16.00)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika półkolonii)

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

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

.....
(miejsowość ,data)

.....
(podpis kierownika półkolonii)

VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy półkolonii)