

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU**I INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Nazwa imprezy:
2. Miejsce imprezy: **Ośrodek Wypoczynkowy OSTOJA, Zamrzenica 1C, 89-510 Bysław**
3. Termin:

II. WNIOSEK RODZICÓW/OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK:

1. Imię i nazwisko uczestnika:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. PESEL: 4. Nr paszportu*
5. Adres do korespondencji:
6. Adres zameldowania:
7. Adres rodziców/opiekunów w czasie pobytu dziecka na obozie:
.....
8. Nazwa i adres szkoły: Klasa:
9. Imię i nazwisko matki/opiekuna:
10. Tel:
11. Imię i nazwisko ojca/opiekuna:
12. Tel:
13. Tel kontaktowy w trakcie obozu:

* w przypadku wyjazdu za granicę

Wyrażam zgodę na wyjazd mojego dziecka na wyżej wymieniony obóz, a także jego udział we wszystkich zajęciach przewidzianych w programie imprezy.

Przyjmuję do wiadomości i w pełni akceptuję, że:

- Uczestnik zobowiązany jest do przestrzegania regulaminu obozu i stosować się do poleceń instruktorów/wychowawców,
- Organizator nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe i cenne, które Uczestnik powinien przekazać do depozytu instruktorom/wychowawcom,
- jeżeli Organizator stwierdzi u Uczestnika posiadanie, spożywanie i używanie alkoholu, tytoniu, narkotyków lub środków odurzających, ma prawo do wydalenia Uczestnika z obozu na koszt Rodziców/Opiekunów; w takich przypadkach Organizator nie zwraca kwoty za niewykorzystany pobyt na obozie,
- za szkody materialne wyrządzone przez dziecko odpowiedzialność cywilno-prawną przyjmują Rodzice/Opiekunowie,
- podane przeze mnie dane są prawdziwe,
- niniejsze warunki stanowią integralną część umowy zawartej z Art Max Hanna Karolewska,

.....
Miejscowość data podpis rodzica/opiekuna

III. INFORMACJE O SZCZEPIENIACH i przebytych chorobach zakaźnych

(na podstawie książeczki zdrowia)

.....
.....

Podpis pielęgniarki/lekarza lub rodzica/opiekuna

Jeżeli istnieje taka możliwość, prosimy o kserokopię karty szczepień

IV. INFORMACJE RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Choroby przewlekłe lub inne:

.....
.....

2. Uczulenia na pokarmy, leki (objawy)

.....
.....

3. Dziecko przyjmuje stale leki, (nazwa leku, dawka):

.....
.....

4. Dziecko znosi dobrze/źle* jazdę autokarem

5. Dziecko nosi: okulary aparat ortodontyczny

6. Inne ważne informacje o zdrowiu dziecka:

.....
.....

Stwierdzam, że podałam/podałem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc mu w zapewnieniu pełnej opieki podczas imprezy. Zgadzam się na podawanie leków, leczenie szpitalne, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje w razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka.

* właściwe zakreślić

.....
Miejscowość data podpis rodzica/opiekuna

INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy wypełnia rodzic/opiekun)

.....
.....

.....
Miejscowość data podpis wychowawcy

INFORMACJA O POBYCIE I STANIE ZDROWIA DZIECKA NA OBOZIE

.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
Miejscowość data podpis kier. lub instr/wychowawcy