

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

data	przelew w zł	gotówka w zł

wypełnia organizator

I. INFORMACJE ORGANIZATORA PÓŁKOLONII

1. Organizator półkolonii; Powiatowy Park Rozwoju Sp. z o.o.
2. Adres placówki; ul. Piłsudskiego 105, 32-020 Wieliczka
3. Czas trwania: –

II. DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzenia.....
3. Adres zamieszkania.....
4. Imiona i nazwiska rodziców.....
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na półkoloniach jeśli inny niż w/w.
.....
6. Telefony rodziców
7. Adres mailowy

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Półkolonii, akceptuję jego warunki oraz zobowiązuję się do zapoznania z jego treścią dziecka oraz, w razie takiej potrzeby, wyjaśnienia mu jego postanowień.

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis rodziców lub opiekunów)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA, SPECJALNYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH, W SZCZEGÓLNOŚCI O POTRZEBACH WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, NIEDOSTOSOWANIA SPOŁECZNEGO LUB ZAGROŻENIA NIEDOSTOSOWANIEM SPOŁECZNYM.

1. Uczulenia, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, stosowana dieta, aparat ortodontyczny, okulary, soczewki

.....
.....

Numer PESEL (w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej)

— — — — —

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na półkolonii.

W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam/nie wyrażam zgody* się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis rodziców lub opiekunów)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub kserokopia książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień:

Szczepienia ochronne: tężec, błonica, inne.....

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis lekarza, rodzica lub opiekuna)

OŚWIADCZENIA *niepotrzebne skreślić

1. Wyrażam/nie wyrażam* zgody na samodzielny powrót mojego dziecka do domu

2. Wyrażam/nie wyrażam* zgody na odbiór mojego dziecka przez:

.....leg. się dowodem osobistym nr.....

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej karcie na potrzeby Powiatowego Parku Rozwoju Sp. z o.o. w Wieliczce w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia mojego dziecka w związku z uczestnictwem w pólkolonii, zgodnie z art. 23 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis rodziców lub opiekunów)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

Zobowiązuję się być zdyscyplinowanym, przestrzegać regulaminów obowiązujących na pólkoniach oraz podporządkować się poleceniom instruktorów prowadzących zajęcia.

.....

(data, czytelny podpis dziecka)

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na pólkolonie

.....

(data i podpis)

VI. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYPOCZYNKU W W/W TERMINIE LUB INFORMACJA O SKRÓCENIU POBYTU INFORMACJE O STANIE ZDROWIA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

VII. INFORMACJE I SPOZTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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