

5. Informacja kierownika wypoczynku o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania wypoczynku oraz o chorobach przebytych w jego trakcie

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka



(miejscowość, data)

(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawujący opiekę medyczną)

6. Informacje i spostrzeżenia wychowawcy wypoczynku dotyczące uczestnika wypoczynku

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy-instruktora)

Karta kwalifikacyjna uczestnika

Organizator:
KAPITEAM PIOTR BACHURSKI

Kapiteam Piotr Bachurski
ul. Hetmańska 9/27
05-120 Legionowo
NIP: 664 188 35 97

1. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

- a) Forma _____
- b) Termin wypoczynku _____
- c) Adres wypoczynku, w tym nazwę kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą _____

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

- a) Imię (imiona) i nazwisko dziecka _____

PESEL

Imiona i nazwiska jego rodziców _____

- b) Data urodzenia dziecka, _____

- c) Adres zamieszkania dziecka _____

Adres zamieszkania rodziców/opiekunów lub adres ich pobytu, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania _____

- d) Numery telefonów rodziców _____

e) Informację rodzica/opiekuna o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

f) Istotne dane o stanie zdrowia, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie uczestnika oraz jego numer PESEL w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej (np. przebyte choroby, na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU I PRZYMUJĘ NA SIEBIE ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SKUTKI WSZYSTKICH ZNANYCH MI, A NIEUJAWNIONYCH CHOROÓB I URAZÓW DZIECKA JEDNOCZEŚNIE DEKLARUJĄC, ŻE STAN ZDROWIA MOJEGO DZIECKA – UCZESTNIKA UMOŻLIWIA UDZIAŁ W IMPREZIE TURYSTYCZNEJ

(data)

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec _____

błonica _____, dur _____

inne _____

(data)

(podpis lekarza lub pielęgniarki lub matki, ojca, opiekuna)

g) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku zgodnie z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.).

(data)

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

3. Decyzja organizatora wypoczynku o zakwalifikowaniu uczestnika do udziału w wypoczynku

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

(data)

(podpis)

4. Potwierdzenie przez kierownika wypoczynku pobytu uczestnika w miejscu wypoczynku w terminie, o którym mowa w pkt 1 lit. b, albo informację kierownika wypoczynku o skróceniu tego pobytu;

Dziecko przebywało na _____
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia _____ do dnia _____ 20____ r.

(data)

(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)