



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

### I. Informacje dotyczące wypoczynku

Forma wypoczynku: .....

Termin wypoczynku: .....

Adres ośrodka: .....

Organizator: .....

### II. Informacje dotyczące uczestnika wypoczynku

Imię i nazwisko dziecka:		PESEL:	
Data i miejsce urodzenia:			
Adres zamieszkania:			
Telefon do kontaktu:		e-mail:	

Dane rodziców (opiekunów prawnych)		
1.		
Imię i nazwisko	Adres zamieszkania lub pobytu	Telefon
2.		
Imię i nazwisko	Adres zamieszkania lub pobytu	Telefon

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

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

Czy dziecko ma uczulenia/alergie ?	<b>nie</b>	<b>tak, podaj jakie:</b>
Jak dziecko znosi jazdę samochodem ?	<b>dobrze</b>	<b>źle</b>
Czy dziecko nosi okulary/szklą kontaktowe ?	<b>nie</b>	<b>tak</b>
Czy dziecko przed wyjazdem było na przeglądzie u stomatologa ?	<b>nie</b>	<b>tak</b>

Czy dziecko przyjmuje stale leki ?		<i>nie</i>	<i>tak (podaj poniżej, jakie i w jakich dawkach)</i>			
<i>(niepotrzebne skreślić)</i>						
Informacje o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)						
Szczepienia ochronne	tężec		błonica		dur	
(podać rok)	inne (jakie?)					

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości ..... zł.  
Oświadczam, że znam i akceptuję warunki uczestnictwa mojego dziecka i są one dla mnie zrozumiałe.

Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie wypoczynku. Jeśli moje dziecko przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic (opiekun) wyposażam dziecko w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wypoczynku. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne lub operacje.

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

Podczas trwania obozu dzieci uczestniczą w sesjach zdjęciowych i filmowych prowadzonych w trakcie zajęć. W związku z tym wyrażam zgodę na: fotografowanie mojego dziecka, rejestrowanie audiowizualne działań w których uczestniczyć będzie moje dziecko oraz użycie wizerunku mojego dziecka do celów edukacyjnych i reklamowych, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zmianami), bez ograniczeń co do czasu.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis rodziców (opiekunów)

### III. Potwierdzenie pobytu dziecka na obozie i informacje o stanie zdrowia dziecka podczas pobytu:

Dziecko przebywało na obozie w dniach od ..... do ..... 2020 r.

Informacje o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis kierownika wypoczynku