

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: *Kolonie adaptacyjne w Akademii Supraskiej*
2. Adres wypoczynku: Akademia Supraska, ul. Klasztorna 1, 16-300 Supraśl
3. Adres organizatora: Fundacja OIKONOMOS, ul. Św. Mikołaja 5, 15-420 Białystok
4. Czas trwania od *08.07.2018* do *14.07.2018*

Białystok, dn.

(miejscowość, data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O PRZYJĘCIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data urodzenia:
3. Pesel dziecka:.....
4. Adres zamieszkania:
5. Nazwa i adres szkoły: klasa:
6. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:
telefony:
email rodzica/-ów:
7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości: 480,00 zł (słownie: *czteryście osiemdziesiąt złotych*)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Przebyte choroby (proszę podać, w którym roku życia): odra, ospa, różyczka....., świnka....., szkarlatyna....., żółtaczkę zakaźną, choroby reumatyczne....., choroby nerek, astma, padaczka, inne
2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku (omdlenia, bóle głowy, brzucha, niedosłuch, duszności, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, katar, anginy i inne):
3. Na co dziecko jest uczulone (proszę podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu):
4. Jak znosi jazdę samochodem?
5. Czy przyjmuje stale leki, w jakich dawkach*?

**Jeśli przyjmuje leki, to prosimy o zaopatrzenie uczestnika w ten lek, a sposób dawkowania prosimy przekazać pisemnie wychowawcy na zbiórce.*

6. Czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary?
7. Informacja o szczepieniach
 Zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień
 Niezgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień – *prosimy o przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem /odmową szczepień.*
8. Inne informacje o zdrowiu uczestnika:

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU. W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I OPERACJE.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

Szczególne zdolności, zainteresowania, cechy charakteru, osobowość itp.:

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

Inne informacje, które pozwolą na stworzenie dziecku odpowiednich warunków pobytu dziecka na półkoloniach:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica, opiekuna)

V. WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZAWARTYCH W CZĘŚCI II I III KARTY KWALIFIKACYJNEJ W ZAKRESIE NIEZBĘDNYM DLA BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY ZDROWIA DZIECKA.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

VI. ZGODA NA WYJŚCIA I WYJAZDY

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w planowanych wyjściach i wycieczkach w ramach wypoczynku poza placówkę podczas kolonii adaptacyjnych organizowanych przez Fundację "OIKONOMOS" w Akademii Supraskiej w terminie 08-14.07.2018 r.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu

.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora lub kierownika wypoczynku)

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na *Koloniach adaptacyjnych w Akademii Supraskiej* w dniach oddo.....2018r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

IX. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniach itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora)

X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)