

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU MDP

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku:

Obóz w ośrodku Kirowy Gościniec w Kirach koło Zakopanego

2. Termin wypoczynku:

13 sierpnia 2023 – 27 sierpnia 2023

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

Kirowy Gościniec

ul. Groń 6, 34-511 Kościelisko

T: 018 20-70-355, E: recepcjakiry@gmail.com

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko:

2. Imiona i nazwiska rodziców:

3. Rok urodzenia:

4. Adres zamieszkania

.....

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (jeśli inny niż powyżej):

.....

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku w czasie trwania wypoczynku:

.....

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

.....

.....

.....

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

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

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec:

błonica:

dur:

inne:

oraz numer PESEL uczestnika wycieczki:

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

.....

(data)

.....

(podpis rodziców/prawnych opiekunów)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU (właściwie zaznacz X)

Postanawia się:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę

odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu:

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis organizatora wycieczki)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA OBOZU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał:

W Kirowym Gościńcu, ul. Groń 6, 34-511 Kościelisko

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....

(data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wychowawcy wypoczynku)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia i życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie, przyjmowanie leków przepisanych przez lekarza, zabiegi diagnostyczne, leczenie szpitalne, operację. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji o stanie zdrowia dziecka wychowawcy lub kierownikowi wypoczynku.

.....
czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam kierownika kolonii oraz wychowawcę do odbioru dokumentacji medycznej
mojego dziecka

w przypadku leczenia i zabiegów wykonywanych podczas obozu w Kirowym Gościńcu, ul. Groń 6,
34-511 Kościelisko.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez ośrodek służby zdrowia na podstawie przepisów art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (j.t. z 2002 r. Dz.U. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.)/

Zobowiązuję kierownika kolonii i pracowników służby zdrowia do zachowania tajemnicy zgodnie ustawą o ochronie danych osobowych.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna