

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku

2. Adres

3. Czas trwania wypoczynku od do

Trasa obozu wędrownego

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Data urodzenia

3. Adres zamieszkania

telefon

4. Nazwa i adres szkoły

klasa

5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:

.....

..... telefon

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości

..... zł słowniezł.

.....
(miejscowość, data)

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale 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
DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH
lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonica, dur,
inne

.....
(data)

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

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU
(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy -
wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
(data)

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

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek

ze względu:

.....
(data)

.....
(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia do dnia 20..... r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

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

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki
sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

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

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)

Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 oraz art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182, poz. 1662.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka, którego jestem rodzicem/opiekunem prawnym* oraz moich w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka, w związku z wyjazdem wypoczynkowym organizowanym przez Administratora Danych.

Administratorem Danych jest Gminno Parkowe Centrum Kultury i Ekologii z siedzibą w miejscowości Plichtów o numerze 21 znajdującej się w Gminie Nowosolna, 92-701 Łódź.

Dane podaję dobrowolnie, jestem świadoma/-y, że przysługuje mi prawo dostępu do ich treści oraz ich poprawiania.

.....
(data)

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

* - niepotrzebne skreślić