

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU ZIMOWEGO

Adres obozu: Pensjonat Tatrzański Relax & SPA, ul. Tatrzańska 19c, 34-520 Poronin

Czas trwania: 23-30.01.2020.



A. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na obóz

1. Imię i nazwisko dziecka
2. PESEL..... 3. Data urodzenia dziecka.....
4. Adres zamieszkania
.....
5. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna.....
6. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku
..... telefon
7. Oświadczenie Rodzica:

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez firmę Mówiący Kij z siedzibą w Rzekuniu, ul. Platynowa 17, naszych danych osobowych w celu informowania o aktualnej ofercie Mówiącego Kija. Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z udziałem naszego dziecka zebranych w trakcie pobytu na obozie w celach promocyjnych oraz sprawozdawczych przez Mówiący Kij Sp. z o.o.

.....
(Data)

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

B. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka i szczepieniach

(prosimy udzielić niezbędnej informacji)

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Przebyte choroby (podać w którym roku życia) odra ospa wietrzna różyczka..... świnka
..... szkarlatyna WZW astma padaczka
alergie
- inne (podać trwające choroby przewlekłe)
3. Dziecko przeszło szczepienia ochronne (podać rok): tężec błonica dur, inne
.....
4. U dziecka występują*: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, angina, duszności bóle stawów, wymioty, problemy z uzębieniem, inne.....
5. Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy
.....
6. Dziecko jest uczulone na
7. Dziecko winno stałe nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne
8. Jazdę samochodem znosi dobrze/źle*
9. Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie)
10. Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących produktów
11. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrcze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.

.....
(Data)

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

* Niepotrzebne skreślić

C. Informacje o szczególnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.

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

D. Informacje o dziecku, istotne dla wychowawcy

(np.: nieśmiałość, nadpobudliwość, problemy w nawiązywaniu kontaktów)

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

.....
(Data)

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

E. Istotne informacje

Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z

i wobec tego do wiadomości kierownika obozu załączam kopię stosownego orzeczenia*

Inne:

.....
(Data)

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

F. Potwierdzenie pobytu dziecka na wypoczynku

Dziecko przebywało na obozie w od dnia do dnia 20 r.

.....
(Data)

.....
(Podpis kierownika wypoczynku)

G. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy - instruktora o dziecku podczas trwania wypoczynku

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

.....
(Data)

.....
(Podpis wychowawcy-instruktora)

H. Informacje o stanie zdrowia dziecka w czasie trwania wypoczynku

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

I. Jeśli chcesz by Twoje dziecko wzięło udział w praktykach religijnych zaznacz krzyżykiem?

J. Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

.....
(Miejscowość, data)

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

.....
(Data)

.....
(Podpis rodzica, opiekuna prawnego lub pedagoga szkolnego)