

**KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

ZAKLICZYN

ROK URODZENIA

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: Półkolonia wakacyjna
2. Adres: ZPO w Zakliczynie, 32-406 Zakliczyn, ul. Podgórska 123
3. Czas trwania wypoczynku od 16.07.18 do 27.07.18 od ok. g. 9.00 do 15.00
4. Organizator: Gmina Siepraw, ul. Kawęciny 30, 32-447 Siepraw

Prosimy uzupełnić kartę w sposób czytelny

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

1. Imię i nazwisko uczestnika
2. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. Adres zamieszkania telefon
4. Nazwa i adres szkoły klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:
.....
telefony
- a) Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości..... zł
- b) Dziecko jest zwolnione z opłaty GOPS/IVdz/Vdz/VIDz.

(data)

(podpis rodzica lub opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe 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 rodzica lub opiekuna)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

(lub ksero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Szczepienia ochronne obowiązkowe (podać rok): tężec, błonica.....

(data)

(podpis rodzica lub opiekuna)

V. OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych na karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia oraz wyrażam zgodę na publikację wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej Gminy i publikacjach wydanych przez Gminę Siepraw do celów promocji półkolonii.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z Regulaminem Półkolonii i akceptuję jego zapisy.

(data)

(podpis rodzica lub opiekuna)

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

(data)

(podpis nauczyciela/rodzica/opiekuna)

VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

- ☐ Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
- ☐ Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu

(data)

(podpis)

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał na Półkolonii wakacyjnej w ZPO w Zakliczynie ul. Podgórska 123
W terminie: 16.07.2018 - 27.07.2018

Zakliczyn,
(miejscowość i data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

IX. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

(data)

(podpis lekarza lub pielęgniarki)

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

Zakliczyn,
(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy)