



Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ
Organizacja Pożytku Publicznego KRS 0000197058
ul. Południowa 2A, 62-510 KONIN, tel. +48 63 211 22 19
www.podajdalej.org.pl e-mail: fundacja@podajdalej.org.pl
Konto bankowe: 55 1020 2746 0000 3102 0053 9650



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

Forma wycieczki: **Turnus wycieczkowy**

Organizator: **Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ, Konin, ul Południowa 2A**

Miejsce zakwaterowania: **BLUES HOSTEL, 62-500 Konin, ul 3Maja 1-3**

Czas trwania wycieczki: od 27 lipca 2015 do 2 sierpnia 2015 r.

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

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia..... PESEL

Adres zamieszkania..... telefon.....

Nazwa i adres szkoły.....klasa.....

Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki:

.....

Telefony.....

Zobowiązuję się dowieźć dziecko na miejsce wycieczki oraz do domu na własny koszt.

.....

(miejsce, 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 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 W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU I PRZYJMUJĘ NA SIEBIE ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SKUTKI WSZYSTKICH ZNANYCH MI, A NIEUJAWNIONYCH CHORÓB I URAZÓW DZIECKA JEDNOCZEŚNIE DEKLARUJĄC, ŻE STAN ZDROWIA MOJEGO DZIECKA – UCZESTNIKA, UMOŻLIWIA UDZIAŁ W TRUNUSIE WYPOCZYNKOWYM.

W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

Wyrażam zgodę na umieszczenie danych w/w osoby w bazie teleadresowej Fundacji im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. oraz na przesyłanie korespondencji na nasz adres.

.....

(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 matki, ojca lub opiekuna)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(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:

Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.

Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....

.....
(data)

.....
(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

.....

(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dnia 20 r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis lekarza lub pielęgniarki
sprawujących opiekę medyczną)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wychowawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego syna/córki

zarejestrowany podczas realizacji Turnusu Wypoczynkowego

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji działalności Fundacji im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ.

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis matki, ojca lub opiekuna)