**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**(prosimy o dokładne przeczytanie i wypełnienie)**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. **Forma wypoczynku:** półkolonie zimowe „Ferie w Muzeum”
2. **Adres:** Muzeum Technik Ceramicznych,ul. M. Kajki 44, 62-600 Koło
3. **Czas trwania wypoczynku:** od 6 do 9 lutego 2017 r.

 …………………………..

 (miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

1. **Imię i nazwisko dziecka:**……………………………………………………………………
2. **Nr PESEL:**…………………………………………………………………………………..
3. **Data urodzenia:**.........................................................................................................
4. **Adres zamieszkania:**………………………………………………………………………..
5. **Telefon dziecka:**……………………………………………………………………………..
6. **Nazwa i adres szkoły:**……………………………………………………………………….
7. **Klasa:**………………………………………………………………………………………...
8. **Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:**

………………………………………………………………………………………………..

1. **Telefon:**.……………………………………………………………………………………...

…………………………….. …………………………..

 (miejscowość, 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 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 DZIECKU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

…………………………….. …………………………..

 (miejscowość, data) (podpis rodzica lub opiekuna)

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

**lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień**

**Szczepienie ochronne (podać rok): tężec**......................,**błonica**………………., **dur**……………….., **inne**……………………

…………………………….. …………………………..

 (data) (podpis lekarza, rodzica lub opiekuna)

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**

**(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………… ……………………………..

 (data) (podpis wychowawcy, rodzica lub 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**

1. **Dziecko przebywało na półkoloniach „Ferie w Muzeum” organizowanych przez Muzeum Technik Ceramicznych, ul. M. Kajki 44, 62-600 Koło od dnia 6 do 9 lutego 2017 r.**

…………………………….. ….…………………………..

 (data) (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**

…………………………….. ….…………………………..

 (miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej

opiekę medyczną podczas wypoczynku)

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

…………………………….. ….…………………………..

 (miejscowość, data) (podpis wychowawcy - instruktora)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w częściach II, III, IV
i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka. Wyrażam także zgodę na bezpłatne wykorzystanie wizerunku mojego dziecka, w materiałach informacyjnych Muzeum Technik Ceramicznych przesyłanych do mediów.**

…………………………….. …………………………..

 (data) (podpis rodzica lub opiekuna)

**Zobowiązuję się do zapewnienia bezpieczeństwa dziecku w drodze pomiędzy domem
a Muzeum (miejscem zajęć półkolonii). Jednocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność za powrót mojego dziecka do domu po ww. zajęciach.**

…………………………….. …………………………..

 (data) (podpis rodzica lub opiekuna)