

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

(prosimy o dokładne przeczytanie i wypełnienie)

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: półkolonie letnie „Lato w Muzeum”
2. Adres: Muzeum Techniki Ceramicznych, ul. M. Kajki 44, 62-600 Koło
3. Czas trwania wypoczynku: od 26 czerwca do 29 czerwca 2017 r.

.....
(miejsowość, 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:
.....
9. Telefon:.....

.....
(miejsowość, 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.

.....

(miejsowość, 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 „Lato w Muzeum” organizowanych przez Muzeum Techniki Ceramicznych, ul. M. Kajki 44, 62-600 Koło od dnia 26 czerwca do 29 czerwca 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

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY – INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WY-
POCZYNKU

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

.....

(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 Techniki 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)