

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.

.....
(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

- 4. Dziecko przebywało na półkoloniach „Ferie w Muzeum” organizowanych przez Muzeum Techniki 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

.....
(miejsowość, data)

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

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

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

.....
(miejsowość, 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)