

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU



I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: obóz sportowo- językowy
2. Adres miejsca wycieczki: Międzyszkolny Ośrodek Sportowo - Szkoleniowy OMEGA w Stręgielku, 11 – 610 POZEZDRZE, STRĘGIELEK
3. Czas trwania wycieczki: 06.07-14.07.2023 .

Ożarów Mazowiecki
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK *(wypełnia rodzic/opiekun)*

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzeniaPESEL
3. Adres zamieszkania
4. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów prawnych)
.....

6. Adres/y rodziców (opiekunów prawnych) dziecka przebywającego na wycieczce:

.....
telefon/y

adres/y e-mail.....

7. Niniejszym oświadczamy, iż pełna władza rodzicielska w stosunku do Uczestnika wycieczki

a) przysługuje obojgu Rodzicom, tj.

b) przysługuje:

(w przypadku gdy na mocy orzeczenia sądu - władza rodzicielska została powierzona tylko jednemu z Rodziców lub gdy władza któregoś z Rodziców została ograniczona lub zawieszona - konieczne jest przedłożenie takiego orzeczenia; to samo dotyczy przypadku, gdy na mocy orzeczenia sądu została ustanowiona opieka nad dzieckiem).

c) ewentualnie inne istotne informacje dla organizatora wycieczki, dotyczące władzy rodzicielskiej:

.....

.....

(jeżeli jest to możliwe – należy przedłożyć dokument dotyczący takich informacji).

8. Zakwaterowanie z (prosimy wpisać imię i nazwisko, zgłoszenie przyjmujemy nie później niż na dwa tygodnie przed rozpoczęciem obozu)

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Czy dziecko jest uczulone? TAK NIE *(niepotrzebne skreślić)*

Alergeny:.

Objawy alergii:

Czy dziecko jest na diecie: TAK NIE *(niepotrzebne skreślić)*

Jeżeli tak, to jakich produktów nie może spożywać:

.....
.....
.....
2. Czy dziecko cierpi na przewlekłą / nawracającą chorobę lub jest w trakcie diagnozowania?
TAK, dziecko choruje; TAK, dziecko jest diagnozowane; NIE *(niepotrzebne skreślić)*

Choroba:.....
Symptomy :.....

3. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? TAK NIE *(niepotrzebne skreślić)*

4. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK (prosimy o podanie nazw oraz dawek) NIE *(niepotrzebne skreślić)*

5. Czy istnieją przeciwwskazania do wysiłku fizycznego? TAK NIE *(niepotrzebne skreślić)*

6. Inne ważne informacje na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i diety dziecka (np. czy nosi aparat ortodontyczny, okulary, jak znosi jazdę samochodem, itp.)

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

8. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub dostarczenie kopii książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Tęzec Błonica.....Dur.....Inne

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM/EM WSZYTSKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE SZPITALNE DZIECKA, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

IV. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O UCZNIU

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

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica/opiekuna)

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA *(wypełnia organizator)*

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu na

.....

.....
(data / podpis)

VI. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU *(wypełnia organizator)*

Uczestnik przebywał

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W TRAKCIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp) *(wypełnia organizator)*

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VIII. UWAGI I SPOSPRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU *(wypełnia organizator)*

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy - instruktora)

Oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Regulaminem obozu MY FIRST ADVENTURE organizowanego dniach 06-14.07.2023 w Międzyszkolnym Ośrodku Sportowo - Szkoleniowy OMEGA przez „ Trampolina” Paulina Kustosz- Nowak i go akceptuję.

.....
(data, podpis rodzica / opiekuna)