



STOWARZYSZENIE MŁODA ALWERNIA

www.smalw.pl

adres: 32-566 Alwernia ul. Zięby 1, telefon kontaktowy: +48 504 384 224; e-mail: prezes@smalw.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

**DROGI RODZICU! W TROSCE O BEZPIECZEŃSTWO TWOJEGO DZIECKA, UPRASZA SIĘ
O DOKŁADNE I CZYTELNE WYPEŁNIENIE KARTY !!!**

I. INFORMACJA ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: ZIMOWISKO DLA DZIECI - „Zimowe Szaleństwo ze Smalwusiem”
2. Adres: Ośrodek Wypoczynkowo-Szkoleniowy REGOR, 43-438 Brenna, ul. Jawornik 4, tel +48 33 853 6869
3. Czas trwania turnusu: od 6 lutego 2017 do 11 lutego 2017

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis organizatora wycieczki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....wiek
2. Data i miejsce urodzenia..... PESEL.....
3. Adres zamieszkania
- telefon komórkowy dziecka podczas trwania turnusu
4. Nazwa i adres szkoły.....klasa.....
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki:
.....telefon.....
6. Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udział dziecka w Zimowisku w wysokości 720,00 PLN
(słownie złotych: siedemset dwadzieścia)

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)



III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA **(niepotrzebne skreślić)**

1. Przebyte choroby (*podać w którym roku życia*): odra, ospa, różyczka.....
 świnka....., żółtaczkazakażna szkarlatyna, koklusz....., inne choroby

2. Interwencje chirurgiczne/zabiegi (wyrostek tak/nie*) inne wykonane w ostatnim roku

3. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie (*niepotrzebne skreślić*):
 drgawki, omdlenia, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, częste bóle głowy, częste bóle
 brzucha, trudności w zasypianiu, tiki, moczenia nocne, lęki nocne, wymioty, krwawienia z nosa,
 przewlekły kaszel, przewlekły katar, bóle stawów, duszności, szybkie męczenie się, niedosłuch,
 jąkanie, inne
 (*jakie*).....
4. Dziecko (*niepotrzebne skreślić*) - jest nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów,
 jest nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka:.....
5. Dziecko jest / nie jest (*niepotrzebne skreślić*) uczulone (*gdy występują uczulenia podać na co oraz
 zalecane działania w przypadku wystąpienia*) na:
- Zalecenia dotyczące diety dziecka:
- Występujące alergię oraz zalecane działania w przypadku wystąpienia
6. Dziecko nosi: okulary, soczewki kontaktowe, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
 (*niepotrzebne skreślić*), inne
7. Jazdę samochodem dziecko znosi: dobrze / źle (*niepotrzebne skreślić*)
8. Dziecko nie przyjmuje stałych leków*
 Dziecko przyjmuje stałe leki (**podać jakie i w jakich dawkach**)* (**niepotrzebne skreślić*)

9. Inne uwagi o zdrowiu dziecka oraz informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika
 wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania
 społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.....
10. Wyrażam zgodę na podanie dziecku leków wg oddzielnie załączonej i podpisanej przeze mnie
 specyfikacji i instrukcji podawania leków.

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ
POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU**

.....
(data)

.....
(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)

W razie zagrożenia życia dziecka, zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacyjne.

UWAGI oraz szczególne zalecenia:

.....
.....

.....
(data)

.....
(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonica,

dur,inne

.....
(data)

.....
(podpis lekarza, matki ojca lub opiekuna)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY /RODZICA OPIEKUNA

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

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

.....
(data)

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

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA (wypełnia ORGANIZATOR)

Postanawia się:

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

.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka
w ZIMOWISKU DLA DZIECI - „Zimowe Szaleństwo ze Smalwusiem” w okresie od 6 lutego 2017r. do 11 lutego 2017 r. w Brennej oraz na uczestnictwo w wycieczkach pieszych i autokarowych, zajęciach edukacyjnych, spacerach, kuligu, kąpielach w basenie, zjazdach na sankach, nartach i innym sprzęcie zjazdowym oraz udział w imprezach i innych formach zajęć i wyjść organizowanych w ramach wypoczynku ZIMOWISKO DLA DZIECI - „Zimowe Szaleństwo ze Smalwusiem”

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie w celach związanych z organizacją wypoczynku, danych osobowych mojego dziecka zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. , nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Wyrażam zgodę na: przetwarzanie i wykorzystywanie wizerunku mojego Dziecka poprzez zamieszczanie zdjęć, filmików na stronie internetowej oraz facebooku Stowarzyszenia Młoda Alwernia - organizatora głównego Zimowiska, w którym dziecko uczestniczy, oraz Samorządowego Ośrodka Kultury w Alwerni, zamieszczanie zdjęć na tablicach informacyjnych, gazetkach, płytach CD, ich publikację prasową, a także publikowanie nagrań radiowych i telewizyjnych i innych związanych z działalnością Stowarzyszenia Młoda Alwernia i Samorządowego Ośrodka Kultury w Alwerni z udziałem mojego Dziecka, a także w celach promocyjno-marketingowych organizatorów wypoczynku, zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2000 r. nr 80 poz. 904 z późn. zm.)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa oraz z Dodatkowymi Warunkami Uczestnictwa w Zimowisku.

Przyjąłem/Przyjęłam do wiadomości i stosowania.

.....
(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)