

Organizator: Edu Leo Monika Wołowicz
ul. Hallera 7b ;
86-100 Świecie
tel. 502 601 975
www.eduleo.pl



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: półkolonie językowo-naukowe w Świeciu
2. Adres placówki i dane kontaktowe: Hallera 7b 86-100 Świecie,
tel.502 601975 biuro@eduleo.pl
3. Czas trwania: (proszę zakreślić wybrany termin/terminy)

I termin - 25.06-29.06.2018 ; II termin -02.07-06.07.2018; III termin - 09.07-13.07.2018 ; IV termin – 16.07-20.07.2018

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Imiona rodziców.....
3. Rok urodzenia
4. Adres zamieszkania
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców/opiekunów prawnych.....
.....
6. Telefon do Rodzicówadres mailowy Rodziców

.....
(miejsowość, data)

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM(AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGA POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Rodzica/Opiekun)

IV INFORMACJE LEKARZA/PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec błonica dur

inne

oraz numer **PESEL** uczestnika wycieczki:

V INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy, wypełnia Rodzic lub Opiekun)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza, pielęgniarki, Rodzica lub opiekuna)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

.....
(data) (podpis rodziców/opiekunów prawnych)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

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

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało naod dnia do dnia

(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII INFORMACJA KIEROWNIKA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach itp.)

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

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis kierownika placówki wypoczynku)

IX UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY – INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS WYPOCZYNKU

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

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wychowawcy/instruktora)

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z regulaminem zajęć półkolonisty (dostępny na terenie placówki oraz na stronie internetowej www.eduleo.pl/aktualności)

.....
(miejsowość, data, podpis rodziców/opiekunów prawnych)