

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. Wniosek rodziców (uczestnika, jeżeli jest pełnoletni) o skierowanie na imprezę:

Proszę o skierowanie (imię i nazwisko uczestnika): _____

na imprezę Obóz narciarsko snowboardowy na Chopoku w terminie: _____

Potwierdzam zapoznanie się ze Szczegółowymi Warunkami Uczestnictwa w imprezach organizowanych przez Mazurskie Biuro Podróży sp. z o.o. Jako opiekun prawny uczestnika wyrażam zgodę na jej/jego udział w imprezie i potwierdzam prawdziwość danych zawartych w niniejszej karcie.

seria i numer dokumentu tożsamości czytelny podpis rodziców lub opiekuna prawnego

II. Informacje dotyczące wypoczynku:

1. Forma wypoczynku: zimowisko

2. Termin wypoczynku: _____

3. Adres wypoczynku: _____

4. Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym: nie dotyczy

Miejscowość, data podpis organizatora wypoczynku

III. Informacje dotyczące uczestnika:

Imię i nazwisko: _____

Data i miejsce urodzenia: _____ PESEL _____

_____ Adres _____ zamieszkania: _____

Dane kontaktowe rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na imprezie:

Adres: _____ Telefony: _____

Uczestnik tel. _____
Ojciec, _____ imię _____ i _____ nazwisko, _____ tel. _____

_____ Matka imię _____ i _____ nazwisko, _____ tel. _____

Inny _____ opiekun _____ dziecka, _____ imię _____ i _____ nazwisko, _____ tel. _____

Informacje rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia uczestnika (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, itp. i inne istotne zdaniem rodzica informacje o dziecku):

Wzrost _____ (cm), waga _____ (kg), musi nosić szkła kontaktowe tak/nie (wada: L _____ P _____). Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka (właściwe zakreślić): omdlenia, częste bóle głowy, drgawki z utratą przytomności, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki, nocne moczenie się, inne: _____

Przebyte choroby (podać rok): żółtaczka zakaźna _____, dur brzuszny (tyfus) _____, błonica _____, inne choroby zakaźne _____, zapalenie nerek _____, zapalenie wyrostka robaczkowego _____, zapalenie ucha _____, częste anginy _____, cukrzyca _____, padaczka _____, inne choroby _____

Czy w ostatnim czasie dziecko było w szpitalu tak/nie z powodu: _____ Na jakie leki, pokarmy dziecko jest uczulone: _____

_____ Jak dziecko znosi jazdę samochodem? _____ Inne uwagi dotyczące zdrowia dziecka: _____

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

_____ Szczepienia ochronne (podać rok): tężec _____, błonica _____, dur _____, inne _____

_____ Miejscowość, data czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

Stwierdzam, że podałem/łam wszystkie znane mi informacje o moim dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w miejscu wypoczynku. W razie uzasadnionej potrzeby, w tym zagrożenia zdrowia i życia dziecka, wyrażam zgodę na jego leczenie, podanie leków, zabiegi operacyjne itp. Wyrażam zgodę na doraźne podanie leków ogólnodostępnych w przypadku wystąpienia nagłej dolegliwości u dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO, czyli rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) R2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.).

Miejscowość, data czytelny podpis rodzica lub opiekuna
prawnego

IV. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka we wszystkich zajęciach programowych i wybranych imprezach fakultatywnych podczas trwania obozu (nazwa obozu)

_____. Nie wyrażam zgody na udział mojego dziecka w zajęciach (wymienić rodzaje zajęć z programu obozu, w których dziecko nie powinno uczestniczyć):

Miejscowość, data czytelny podpis rodzica lub opiekuna
prawnego

V. Decyzja Organizatora wypoczynku o zakwalifikowaniu uczestnika wypoczynku do udziału w wypoczynku: Postanawia się: (zaznaczyć właściwe)

☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

Miejscowość, data podpis organizatora wypoczynku

VI. Potwierdzenie przez kierownika wypoczynku pobytu uczestnika w miejscu wypoczynku:

Uczestnik przebywał na obozie / kolonii / zimowisku w terminie: od dnia _____ do dnia _____

Miejscowość, data podpis kierownika wypoczynku

VII. Informacje kierownika wypoczynku o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania wypoczynku oraz o chorobach przebytych w jego trakcie (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp):

Miejscowość, data podpis kierownika wypoczynku

VIII. Informacje i spostrzeżenia wychowawcy wypoczynku dotyczące uczestnika:

Miejscowość, data podpis wychowawcy