**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: **obóz sportowy**

2. Adres: Centrum Wypoczynkowo-Rehabilitacyjne Activ ul. Mickiewicza 1C/K, 64-915 Sypniewo

3. Czas trwania wypoczynku (zaznaczyć właściwy)**: 28.08.20–01.09.2020r (klasa IIa, IIIa SP)**

**01.09-06.09.20 (klasa Va SP); 28.08.20–06.09.2020r (klasa IV,VI,VII,VIII,XV LO)**

Bydgoszcz, ..........................

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis organizatora wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA**

**NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka ..................................

2. Data urodzenia ...........................................

3. PESEL dziecka ………………………………….

3. Adres zamieszkania .............................................................. telefon ........................

4. Nazwa szkoły .................... klasa ..........

5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:

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

......................................... e-mail ...........

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

(miejscowość, data) (podpis ojca, matki 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 WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA OBOZU.

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanej z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka przez kierownika wycieczki lub opiekuna w czasie trwania imprezy turystycznej.

Wyrażam zgodę na przeszukanie bagażu oraz pokoju dziecka w trakcie wycieczki lub badanie alkomatem w razie podejrzenia o posiadanie bądź zażywanie niedozwolonych substancji (narkotyki, alkohol, papierosy).

Zobowiązuję się do natychmiastowego odebrania z imprezy turystycznej mojego dziecka w przypadku znalezienia, bądź zażywania wyżej wymienionych substancji, oraz gdy zachowanie dziecka zagraża zdrowiu lub życiu jego bądź innych uczestników wycieczki. Klient wyraża zgodę na upublicznianie wizerunku uczestnika imprezy na stronie KLUBU.

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

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepie**ń

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ................,

błonica ............, dur ................., inne .............

**.................... .............................**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**

**(w przypadku braku możliwo**ś**ci uzyskania opinii wychowawcy klasy -wypełnia rodzic lub opiekun)**

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

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

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

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

**........................ ................................**

(data) (podpis wychowawcy lub rodzica -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**

Dziecko przebywało na obozie od dnia ....................... do dnia ................. 20 .... r.

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

(data) (czytelny 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**

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

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU**

**PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

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

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

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

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.**

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

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna