

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE PODSTAWOWE

- a) Organizator: Fundacja Rozwoju INTEGRO ul. Jodłowa 6/1, 62-070 Dąbrówka
- b) Forma placówki wypoczynku: kolonia letnia
- c) Adres placówki: WILLA STOŁOWIANKA, BIAŁY DUNAIEC, ul. Skupniowa 34, Gliczarów Górny
- d) Czas trwania od **01/07/2025-08/07/2025**

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Imiona i nazwiska rodziców.....
3. Data urodzenia
4. Adres zamieszkania
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców
6. Numer telefonu rodziców w czasie trwania wypoczynku
7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym
8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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)
- o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień) :
tęzec
błonica.....
dur
inne
- oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV, V, VI, karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka na podstawie RODO i innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa dotyczących danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)). Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/y dobrowolności wyrażenia zgody oraz , że zostałam/em poinformowany o prawie wglądu do podanych danych oraz możliwości ich poprawiania.

.....
(data) (podpis rodziców uczestnika wypoczynku)

ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO) NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW
Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia mojego syna/córki (podopiecznego/-ej)

..... przebywającego(ej) na kolonii organizowanej przez Fundację

Rozwoju INTEGRO wyrażam zgodę:

- na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
- na podawanie przez kadrę kolonii leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka na kolonii.

UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODAWANIA LEKÓW DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ

upoważniam Kadrę Kolonii organizowanej przez Fundację Rozwoju INTEGRO do podawania mojemu dziecku

..... leku (nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia). Jednocześnie biorę pełną odpowiedzialność za podawanie ww leków mojemu dziecku podczas kolonii.

.....
data podpis rodzica (opiekuna prawnego)

WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA KOLONIĘ

1. Wysyłając dziecko na kolonię przyjmuję do wiadomości, że:

- Uczestnik kolonii zobowiązany jest stosować się do wszystkich regulaminów obowiązujących na obozie oraz poleceń kadry, w tym kierownika, wychowawców i instruktorów.
- Organizator nie ponosi odpowiedzialności za mienie uczestników swoich imprez w przypadku, gdy w wyniku winy, lekkomyślności lub niedbalstwa uczestnika dojdzie do zamiany, zapomnienia, zniszczenia, zgubienia lub kradzieży mienia.
- Uczestników obowiązuje bezwzględny zakaz posiadania, spożywania i używania tytoniu, e-papierosów, alkoholu, narkotyków oraz środków odurzających.
- Rodzice (opiekunowie) są odpowiedzialni materialnie za szkody wyrządzone przez dziecko z jego winy i z tego tytułu przyjmują na siebie pełną odpowiedzialność cywilnoprawną.
- W przypadku drastycznego naruszenia regulaminu lub rażącego postępowania Uczestnika, może zostać podjęta decyzja o usunięciu go z kolonii i odwiezieniu do domu na koszt rodziców (opiekunów).

2. W przypadku podejrzenia spożywania alkoholu, narkotyków lub środków odurzających wyrażam zgodę na badanie dziecka alkomatem lub testami narkotykowymi.

3. Oświadczam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki na obozie.

4. Oświadczam, że uczestnik jest dobrego stanu zdrowia i nie ma przeciwwskazań do aktywnego udziału we wszystkich zajęciach objętych programem kolonii

5. Potwierdzam zapoznanie się ze wszelkimi informacjami zawartymi w karcie, programie imprezy, klauzuli informacyjnej oraz ze szczegółowymi informacjami o imprezie i z treścią „Warunków Uczestnictwa”, które przyjmuję do wiadomości i akceptuję.

.....
(miejscowość i data) (podpis matki/ opiekuna prawnego i/ lub (podpis ojca/opiekuna prawnego)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się

- ☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- ☐ odmówić skierowania uczestnika wypoczynku na wypoczynek ze względu

.....
(data) (podpis organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYPOCZYNKU:

.....
(data) (podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....
(miejscowość ,data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)