

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII – LATO 2023

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE PÓŁKOLONII

1. Termin półkolonii..... (wpisać datę)
2. Adres półkolonii, miejsce lokalizacji półkolonii Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 8, Os. Bolesława Śmiałego 107, Poznań

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć organizatora półkolonii)

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

1. Imię (imiona) i nazwisko
.....
2. Rok urodzenia
3. Numer pesel
4. Uczeń/Absolwent klasy
5. Imiona i nazwiska rodziców/opiekuna prawnego
.....
.....
6. Adres zamieszkania
7. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców
.....
8. Numer telefonu rodziców lub opiekunów prawnych
.....
.....
9. Adres e-mail rodziców/opiekuna prawnego.....
10. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika półkolonii, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym
.....
.....
.....

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w półkoloniach i jego udział we wszystkich przewidzianych programem zajęciach zawartych w ofercie na stronie internetowej www.jakplywac.com.pl

Zapoznałem/am się z programem półkolonii, warunkami uczestnictwa.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/ opiekuna)

Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych w celu otrzymywania informacji marketingowej o nowych wydarzeniach Jak Pływać – Dawid Gwiazdowski

Wyrażam zgodę na publikację zdjęć oraz filmów uczestnika z półkolonii na www.jakplywac.com.pl, dawidgwiazdowski.pl oraz fanpage na FB.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/ opiekuna)

III. ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

1. Czy dziecko jest uczulone?

TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Alergeny

Objawy alergii

2. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracająca chorobę lub jest w trakcie diagnozowania?

TAK, dziecko choruje TAK, dziecko jest diagnozowane NIE (niepotrzebne skreślić) Choroba

.....

Symptomy

3. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne?

TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Kiedy i z jakiego powodu

4. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Przyczyna

Nazwa i dawka leku

5. Inne ważne informacje na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i diety dziecka:

.....
.....

6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika półkolonii, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

.....
.....

7. Informację o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku prosimy uzupełnić poniżej) :

tężec
błonica.....
dur
inne
.....

Stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w czasie pobytu dziecka na półkoloniach. W razie zagrożenia życia lub zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie i hospitalizację, oraz zabiegi diagnostyczne, operacje. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika półkolonii (zgodnie z obowiązującym prawem, w tym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika półkolonii (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r. poz. 2135, z późn. zm.)

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/ opiekuna)

IV. DECYZJA ORGANIZATORA PÓŁKOLONII O ZAKWALIFIKOWANIU DO UDZIAŁU W PÓŁKOLONIACH

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek odmówić skierowania uczestnika półkolonii na wypoczynek ze względu

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

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis organizatora półkolonii)

V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA PÓŁKOLONII POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU PÓŁKOLONII Uczestnik przebywał

..... (adres miejsca półkolonii) w dniach: w godzinach trwania półkolonii (7:00-16.30)

VI. INFORMACJA KIEROWNIKA PÓŁKOLONII O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA
W CZASIE TRWANIA PÓŁKOLONII ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO
TRAKCIE:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika półkolonii)

VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY DOTYCZĄCE
UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy półkolonii)