



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA KOLONII „SKRZYDLATE WAKACJE”

I. INFORMACJA ORGANIZATORA

Organizator: Fundacja na Rzecz Wspierania Wychowania i Edukacji „Skrzydła”

ul. Szmaragdowa 1, 20-570 Lublin

TERMIN	MIEJSCE KOLONII	KOSZT	WIEK
29.06.2012- 08.07.2012	Hotel i restauracja „Pod Kominkiem” Komańcza 133; 38-543 Komańcza		6-10 lat

KARTĘ WYPEŁNIA RODZIC (OPIEKUN PRAWNY) LUB PEŁNOLETNI UCZESTNIK

II. Wniosek o przyjęcie uczestnika na placówkę w której odbędą się kolonie

1. Imię i nazwisko uczestnika.....
2. Data urodzenia PESEL
3. Adres zamieszkania
- Kod pocztowy tel.
- e-mail:.....
4. Nazwa i adres szkoły
- klasa
5. Imię matki:....., imię ojca:.....
6. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku (!)
- tel.
7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w
wysokości:..... słownie.....
-
-
- (miejscowość, data) (czytelny podpis rodzica lub opiekuna/ uczestnika)

III. Informacja o stanie zdrowia uczestnika (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary) Inne uwagi.

Informacje o przewlekłych chorobach, trwałych urazach.....

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na warsztatach.

.....
(miejscowość, data) (czytelny podpis rodzica lub opiekuna/ uczestnika)

IV. Informacja pielęgniarki o szczepieniach (lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

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

Numer książeczki ubezpieczeniowej ! :

.....
(miejscowość, data) (podpis pielęgniarki)

V. Informacja o uczestniku wychowawcy klasy (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)

VI. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować uczestnika do placówki wypoczynku
2. Odmówić skierowania ze względu na

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora)

VII. Potwierdzenie pobytu uczestnika na koloniach. Uczestnik przebywał na koloniach w dniach.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

VIII. Informacje o stanie zdrowia uczestnika w czasie pobytu na koloniach (dane o zachowaniu, urazach, leczeniu itp.) Organizator informuje o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji uczestnika:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis lekarza, pielęgniarki)

IX. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy, kierownika, trenera o uczestniku podczas pobytu na koloniach.

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, oraz bezpieczeństwa i ochrony zdrowia zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych (dz.u.nr. 133 poz.883).

Oświadczam, że z programem i regulaminem obozu zapoznałam(em) się, przyjmuję do wiadomości i akceptuję.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika / lub ojca, matki lub opiekuna)