Załącznik nr 2

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

***I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU***

1. Forma wypoczynku – **półkolonia – wypoczynek w miejscu zamieszkania**

2. Adres : **05-500 Piaseczno, ul. Gen. Wł. Sikorskiego 20**

3. Czas trwania wypoczynku

– 10 luty – 14 luty 2020 **(I tydzień)**
– 17 luty – 21 luty 2020 **(II tydzień)**

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

4. Nazwa i adres szkoły .................... klasa ..........

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

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości **……… zł (słownie …………… ……………………. zł)**

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

(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 WYPOCZYNKU.

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

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

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

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

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

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

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

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

***V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (w przypadku braku możliwości 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 .......................................

(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia ................ do dnia ................. 2 .... 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)