#### KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku /właściwe zaznaczyć znakiem „X”/

obóz

półkolonia

2. Termin wypoczynku ……………………….. - ……………..………..

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku ……………………………………………………………………………………......……

…………………………………………………………………………………………………………...…

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko ………………………….……………………………………….

2. Imiona i nazwiska rodziców ………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

3. Rok urodzenia ………………………………………………………………………………

4. Adres zamieszkania ...................................................…………..………………………

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (w przypadku uczestnika niepełnoletniego)

…………………………………………………………………………………………………..…………………….…………………….……………………………….……….……….…….

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

……………………………………...……………………………………................................

……………………………………………………………………………………….………….

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

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**.

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

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

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

Postanawia się /właściwe zaznaczyć znakiem „X”/

1. zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
2. odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

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

………………………………….. ..........................................................

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

**IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał (adres miejsca wypoczynku)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………

od dnia/dzień, miesiąc, rok/.......................... do dnia /dzień, miesiąc, rok/...................................

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

……………………… …………………………………………

(miejscowość, data) (podpis kierownika 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 (zaznaczyć znakiem „X” wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec………………………

błonica……………………

dur…………………………

inne……………………………………………………………………………………………...…………………..…………………………………………………………………..………..…

……………………………………………………………………………………………...……

oraz **numer PESEL uczestnika wypoczynku**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).**

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

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

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

**Załącznik do Karty Kwalifikacyjnej**

**OŚWIADCZENIE RODZICA**

**w związku z uczestnictwem dziecka w wypoczynku letnim**

***oświadczenie powinno zostać złożone w dniu rozpoczęcia wypoczynku***

My, niżej podpisani, jako rodzice/prawni opiekunowie małoletniego/małoletniej

…………………………………………………………………(*imię i nazwisko dziecka*):

1. W razie zagrożenia zdrowia fizycznego, psychicznego lub zagrożenia życia Uczestnika zgadzamy się na jego badania, leczenie ambulatoryjne lub szpitalne, w poradniach, w placówkach leczniczych, zabiegi diagnostyczne, zabiegi operacyjne, znieczulenie miejscowe, narkozę, podawanie leków lub środków farmakologicznych: ogólnodostępnych lub przepisanych przez lekarza, w tym lekarza pierwszego kontaktu.
2. Oświadczamy, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o Uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu Uczestnikowi właściwej pieczy i opieki w trakcie Obozu.
3. Zobowiązujemy się do uiszczenia na rzecz Organizatora kosztów uczestnictwa Uczestnika w Obozie, na warunkach, w tym w terminie, wynikających z Umowy.
4. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Uczestnika na potrzeby niezbędne do realizacji Umowy (zgodnie z ustawa z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 113, poz. 883 z późn. zm.).
5. Wyrażamy zgodę na przekazywanie danych osobowych przez Organizatora podmiotom trzecim w zakresie niezbędnym do realizacji Umowy.
6. Zostaliśmy poinformowani o dobrowolności podania danych osobowych, prawie dostępu do treści danych osobowych oraz prawie ich poprawiania.
7. Wskazana powyżej osoba:

* jest zdrowa, i nie występują u niej objawy chorobowe sugerujące występowanie choroby zakaźnej, w tym w szczególności choroby COVID-19, wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2,
* w ostatnich 14 dniach przed rozpoczęciem formy wypoczynku nie przebywała na kwarantannie, a także nie miała świadomego kontaktu i nie zamieszkiwała z osobą przebywającą na kwarantannie, niezależnie od formy tej kwarantanny,
* nie miała świadomego kontaktu z osobą zakażoną koronawirusem SARS-CoV-2 oraz chorującą na COVID-19,
* nie choruje na chorobę przewlekłą, mogącą narazić je na cięższy przebieg ewentualnego zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2.

1. Zobowiązujemy się do zapewnienia jej, we własnym zakresie, środków ochrony osobistej.
2. Zobowiązujemy się do niezwłocznego odbioru dziecka - do 12 godzin - w przypadku stwierdzenia u niego objawów mogących świadczyć o chorobie zakaźnej.
3. Udostępnimy organizatorowi i kierownikowi wypoczynku numer telefonu lub inny kontakt zapewniający szybką komunikację.
4. Osoby odprowadzające dziecko na zbiórkę lub do obiektu są zdrowe, nie mają objawów infekcji lub choroby zakaźnej, nie zamieszkiwały z osobą przebywającą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych w okresie 14 dni przed rozpoczęciem wypoczynku.

UWAGA: *W przypadku występowania u uczestnika chorób przewlekłych konieczne jest dostarczenie opinii lekarskiej o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w wypoczynku.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| miejscowość, data | podpisy rodziców/opiekunów prawnych |  |

*Poniższe wypełnić jeśli dziecko przyjmuje regularnie leki/medykamenty.*

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa medykamentu/lekarstwa | Sposób dawkowania |
| 1.  2. |  |

Wyrażamy zgodę na podawanie przez opiekuna leków zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z poniższą tabelą.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| miejscowość, data | podpisy rodziców/opiekunów prawnych |  |