Dromifun Joanna Stefaniak Kachel
ul. Szaserów 120 lok 1,
04-349 Warszawa
Tel. 515-094-171,
e-mail: info@dromifun.pl
NIP:113-259-70-01

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU.

1. Forma placówki wypoczynku: **Kolonia 2024**
2. Adres placówki: Hotel Amazonka; Zawada Pilicka 130, 42-446;
3. Czas trwania: **30.06.2024-09.07.2024r.**
4. Podpis organizatora: …….

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka ……
2. Data i miejsce urodzenia ……
3. PESEL:

4. Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym
   ……
5. Telefon kontaktowy i adres e-mail
   ……
6. Nazwa i adres szkoły
   ……
   …… klasa……
7. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
   ……
   Data i podpis rodzica (opiekuna): ……

VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU

(dane o chorobach, urazach, leczeniu itp.)

……
……
……
……
……
……
……

Data i podpis lekarza /pielęgniarki/ organizatora wypoczynku……..

VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA O DZIECKU W CZASIE POBYTU

……
……
……
……

Data i podpis wychowawcy wypoczynku: ……..

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Informacje o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym
   ……
   ……
2. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. uczulenia, leki – dawkowanie)
   ……
   ……
3. Informacje o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

   tężec……. Błonica…… dur……. Inne……..

   Data i podpis rodzica (opiekuna): …….

IV. OŚWIADCZENIA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

1. Stwierdzam, że w niniejszej karcie kwalifikacyjnej podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na placówce wypoczynku. Przyjmuje na siebie odpowiedzialność za skutki wszystkich znanych mi, a nie ujawnionych chorób i urazów dziecka. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie ambulatoryjne, szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. W razie konieczności, wyrażam zgodę na przewiezienie dziecka prywatnymi środkami transportu.
2. 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.)
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie wizerunku dziecka na stronie internetowej biura, ulotkach i materiałach promocyjnych.
4. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości **2650 zł**

5. Data i podpis rodzica …….

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować dziecko do udziału w placówce wypoczynku

„KOLONIA 2024”- Hotel Amazonka

2. Odmówić skierowania dziecka ze względu na ……

……..

Pieczątka organizatora wypoczynku

……

Data i podpis organizatora wypoczynku

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE

Dziecko przebywało na wypoczynku opisanym w części I niniejszej karty kwalifikacyjnej od dnia……..... do dnia ……..

Hotel Amazonka; Zawada Pilicka 130, 42-446;

Data i podpis kierownika wypoczynku: ……