**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1.Forma wypoczynku zgrupowanie specjalistyczne

2. Adres placówki ul. Mickiewicza 49, 84-230 Rumia

3. Czas trwania od 26.06.2021r do 01.07.2021r

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

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

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

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

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

4. Nazwisko i imiona, adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku :

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

nr telefonów do rodziców (opiekunów).........................................

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości: 1300 zł słownie tysiąc trzysta złotych

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

(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 stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny 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 ............, błonnica ..........., dur ....................., inne ............................... .

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

(data) (podpis pielęgniarki, lekarza lub opiekunów)

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 rodzica lub opiekuna)