**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA TURNUSU**

**DYDAKTYCZNO-WYPOCZYNKOWEGO**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Adres placówki : Pensjonat „U Gąsieniców”

ul. Królewska 42, Kościelisko 34-511

2. Telefon kontaktowy dla rodziców: **tel. 18 2070557**

3. Czas trwania wypoczynku od 14.01.2017..... do 22.01.2017

Katowice, dnia …………………… ……………………………………

(podpis organizatora wypoczynku)

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

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

**NA WYPOCZYNEK**

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

2. Data i miejsce urodzenia ...........................................

3. Pesel …………………………………

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

5. Nazwa i adres szkoły ............................................................................................ klasa ..........

6. Imię i nazwisko rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:

matka…………………………………………………………

ojciec…………………………………………………………

7. Adres rodziców ( opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce

Telefon………………………………………………………………………………………………….

…………………………… ………………………………………….

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

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

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

**(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazd**ę **samochodem, czy przyjmuje**

**stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)**

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

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

**III a . Nazwa i adres Przychodni Zdrowia , z której korzysta dziecka**

……………………………………………………………………………………………

NIP Przychodni …………………………………………………………………………..

Imię i Nazwisko lekarza prowadzącego …………………………………………………………………..

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 w Pensjonacie „U Gąsieniców”

od dnia .......................... do dnia ........................... 201…. r.

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

podpis kierownika wypoczynku)

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

**VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA**

**WYPOCZYNKU** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

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

**Wyrażam zgagę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, I V i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.**

**IX.WARUNKI UCZESTNICTWA W WYPOCZYNKU**

1.Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminu obozu UKS Lider Katowice, w

szczególności dotyczy to zakazu palenie tytoniu, picia napojów zawierających alkohol, zażywania środków odurzających. W przypadku poważnego naruszenia regulaminu uczestnika zostaje wydalony z placówki wypoczynku na koszt rodziców ( opiekunów).

2.Uczestnik zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich imprezach, wycieczkach organizowanych przez wychowawców i stosować się do ich poleceń.

3. UKS Lider Katowice nie ponosi odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestników pobytu.

4.W przypadku stałych schorzeń wymagających systematycznego zażywania leków- uczestnik obowiązany jest do posiadania własnych.

5.Uczestnik za pośrednictwem rodziców ( opiekunów) ponosi odpowiedzialność materialną za wyrządzone szkody w placówce pobytu.

**Oświadczam, że zapoznałam/em moje dziecko z w/w warunkami uczestnictwa.**

**Swoim podpisem akceptuję zasady obowiązujące w UKS Lider Katowice**

**Podałam/em wszystkie istotne informacje o stanie zdrowia mojego dziecka.**

**W razie zagrożenia życia lub zdrowia dziecka zgadzam się/ nie zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacyjne.**

…………………………………………………………….

(podpis rodzica/opiekuna