**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA TURNUSU**

**DYDAKTYCZNO-WYPOCZYNKOWEGO**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Adres placówki : Dom wypoczynkowy „Chotarz”, Kościelisko, ul. Nędzy Kubińca 255

2. Telefon kontaktowy dla rodziców: 508 231 021

3. Czas trwania wypoczynku od 09.02.2019 do 16.02.2019

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 na obozie UKS Lider Katowice

 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 podczas obozu 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