POMORSKIE TOWARZYSTWO MUZYCZNE W TORUNIU

Szosa Chełmińska 224/226

87-100 Toruń

**www.ptm.info.pl**

[magdalena@cynk.net](mailto:magdalena@cynk.net)

tel. 501153208

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

WAKACJI MUZYCZNYCH Z PASJĄ W BACHOTKU

15 sierpnia – 27 sierpnia 2021

**I. WNIOSEK RODZICÓW / OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA**

**WARSZTATY**

1.Imię i nazwisko uczestnika|…………………………………………………………………...

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

3. Nr pesel .................................................

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

5. Imię i nazwisko matki / opiekuna ...............................................telefon..........................

6. Imię i nazwisko ojca / opiekuna......................................................telefon….....................

7.Adres rodziców / opiekunów w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku……………………………………………………………………………………….

8. Nazwa i adres szkoły…………………………………………………………………………..

9. Instrument… …………………Klasa …………………………Rok nauki………..

10 Wyrażam chęć/nie wyrażam chęci zakupu bluzy z logotypami Wakacji z Muzycznych z Pasją ………………………………………………(proszę podać kolor i rozmiar)

10. Wyrażam zgodę na wyjazd mojego syna / córki na wyżej wymienioną imprezę i jego udział we wszystkich zajęciach.

11. Informuję, że zapoznałam/em się i w pełni akceptuję:

- regulamin warsztatów zamieszczony na stronie www.ptm.info.pl

- program warsztatów oraz warunki uczestnictwa

12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka dla celów promocyjnych i archiwalnych

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

miejscowość i data podpis matki/opiekuna i/lub podpis ojca/opiekuna

**II. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O DZIECKU I JEGO ZDROWIU:**

Choroby przewlekłe lub inne: astma, padaczka, choroby reumatyczne, choroby nerek,

inne.........................................................................................................................................

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

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

Dolegliwości lub objawy które występują ostatnio u dziecka:

omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bezsenność, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, inne:

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

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

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

Dziecko jest uczulone lub nie może stosować leków (podać nazwę leku, pokarmu, itp.):

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

Dieta i uczulenia pokarmowe......................................................................................

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

Dziecko przyjmuje stale leki (podać lek i dawkę):

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

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

Informacja o szczepieniach ochronnych (podać rok)

Tężec…… Błonica…. Dur ….. inne ………………………………………………………………

Jak znosi: jazdę autokarem: dobrze/źle

Czy dziecko nosi: okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne,

podwyższony obcas buta, czy ma przed czymś lęki

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

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

Inne ważne informacje o zdrowiu dziecka:

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

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

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

Inne informacje od rodziców związane z pobytem dziecka na warsztatach(np. wspólne zakwaterowanie, ewentualne prośby czy uwagi):

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

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

…………………………………………………………………………………………………………

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku, a w razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje i podawanie leków.

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

miejscowość i data podpis matki/opiekuna i/lub podpis ojca/opiekuna

**ZAŁĄCZNIK NR 1.**

**DO KARTY KWALIFIKACYJNEJ – REGULAMIN SANITARNY ZWIĄZANY Z WYTYCZNYMI GIS, MZ I MEN DOTYCZĄCY WYPOCZYNKU LETNIEGO PODCZAS COVID19**

1. Wypoczynek organizowany jest w obiekcie spełniającym warunki bezpieczeństwa. Obiekt, w którym zakwaterowani SA uczestnicy jest przeznaczony wyłącznie do użytku danego obozu i obsługi technicznej i sanitarnej.
2. Organizator zapewnia odpowiednią liczbę miejsc noclegowych zgodnych z wymogami sanitarnymi.
3. Pomiędzy turnusami obiekt będzie poddany dodatkowemu sprzątaniu i dezynfekcji.
4. Organizator zapewnia środki higieniczne w postaci mydła w płynie, płynów dezynfekujących.
5. Organizator przeszkoli kadrę, w zakresie dbania o higienę uczestników wypoczynku przed rozpoczęciem wypoczynku.
6. Przeprowadzanie pomiarów temperatury będzie przeprowadzane przez kadrę wypoczynku na zalecenie Inspektora Sanitarnego.

**ZAŁĄCZNIK NR 2.**

**DO KARTY KWALIFIKACYJNEJ – OŚWIADCZENIA RODZICA**

1. Oświadczam, że w dniu przyjazdu na obóz moje dziecko jest zdrowe, nie wykazuje objawów chorobowych ani infekcji.
2. Oświadczam, że dziecko w ciągu 14 ostatnich dni, nie miało kontaktu z osobą chorą, podejrzaną o zakażenie lub przebywającej na kwarantannie.
3. Oświadczam, że zapoznałem dziecko z powyższym regulaminem ( ZAŁ. NR 1), oraz że zobowiązuję się do wyposażenia dziecka w indywidualne środki ochrony osobistej w takiej ilości, jaka jest niezbędna na czas trwania obozu. Oświadczam, że dziecko zostało poinstruowane o konieczności zachowania dystansu społecznego.
4. Zobowiązuję się do niezwłocznego odebrania dziecka z wypoczynku w przypadku wystąpienia u dziecka niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności). Oświadczam, że odbiorę dziecko w czasie do 12 godzin od kontaktu kierownika oraz zdaję sobie sprawę, że do czasu odbioru dziecko będzie przebywało w izolatce.
5. Oświadczam, że moje dziecko nie choruje/choruje na choroby przewlekłe (w przypadku, gdy dziecko choruje na choroby przewlekłe, dodatkowym dokumentem koniecznym do uczestnictwa w wypoczynku będzie opinia lekarska o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w wypoczynku)

………………………………………………..

Podpis rodzica / opiekuna prawnego, data