

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  
UMK BACHOTEK  
87-313 Brzozie  
15 sierpnia – 28 sierpnia 2022

### 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 zgodę na wyjazd mojego syna / córki na wyżej wymienione warsztaty i jego/jej udział we wszystkich zajęciach.
11. Informuję, że zapoznałam/em się i w pełni akceptuję:  
- regulaminy warsztatów zamieszczonych na stronie [www.ptm.info.pl](http://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

.....  
**miejsce i data podpis matki/opiekuna i/lub podpis ojca/opiekuna**

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

Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

.....  
.....

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 wycieczki, a w razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje i podawanie leków.

.....  
**miejsce i data podpis matki/opiekuna i/lub podpis ojca/opiekuna**