POMORSKIE TOWARZYSTWO MUZYCZNE W TORUNIU

Szosa Chełmińska 224/226

87-100 Toruń

**www.ptm.info.pl**

magdalena@cynk.net

tel. 501153208

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

WAKACJI MUZYCZNYCH Z PASJĄ W BACHOTKU

UMK BACHOTEK

87-313 Brzozie

15 sierpnia – 28 sierpnia 2023

**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

- 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:**

Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, 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 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