

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 GÓRZNIĘ
OŚRODEK EDUKACJI EKOLOGICZNEJ WILGA
30 stycznia 2023 – 4 lutego 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 / opiekunatelefon.....
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... ..KlasaRok 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

.....
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 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)

Tęzec..... 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.

.....
miejsceowość i data podpis matki/opiekuna i/lub podpis ojca/opiekuna

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się!):

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....
.....
.....
(data) (podpis organizatora wypoczynku)

Dziennik Ustaw – 4 – Poz. 1548

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał

.....
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....
(data) (podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....
(miejsce, data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
(miejsce, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)