

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku : Warsztaty pn. Wakacje Muzyczne z Pasją
2. Termin wypoczynku : **15 sierpnia – 28 sierpnia 2024**
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: Ośrodek Szkoleniowo-Wypoczynkowy UMK w Bachotku, 87-313 Brzozie

.....
(miejscowość, data)
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko:

2. Imiona i nazwiska rodziców:

3. Rok urodzenia:

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adres zamieszkania:

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców:.....

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku:.....

8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary?)

.....
oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienia książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień): tężec....., błonica.....
inne

.....
(data)
(podpis rodziców lub opiekuna prawnego)

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

Postanawia się:

1. zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek

2. odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał w Ośrodku Szkoleniowo-Wypoczynkowym UMK w Bachotku, 87-313 Brzozie
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) 15 sierpnia 2024 do dnia (dzień, miesiąc, rok) 28 sierpnia 2024

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

DODATKOWE INFORMACJE

1. Nazwa i adres szkoły uczestnika wypoczynku.....

2. Instrument... ..KlasaRok nauki.....

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

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

OŚWIADCZENIA RODZICÓW I OPIEKUNÓW

1. Wyrażam zgodę na wyjazd mojego syna / córki na wyżej wymienione warsztaty i jego/jej udział we wszystkich zajęciach.

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

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

- regulaminy warsztatów zamieszczonych na stronie www.ptm.info.pl

- program warsztatów oraz warunki uczestnictwa

4. 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.

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