**Centrum Młodzieży im. dr. H. Jordana w Krakowie**

**KARTA KWALIFIKACYJNA**

**LETNIE WARSZTATY ARTYSTYCZNO – REKREACYJNE**

Wniosek o zakwalifikowanie na wyjazd organizowany przez:

**ZESPÓŁ PIEŚNI I TAŃCA „MAŁE SŁOWIANKI”**

do: **Ośrodka Wczasowego „PANORAMA” SZCZYRK – ul. Wczasowa 20**
w terminie **18.08.2021 – 24.08.2021**

1. **KANDYDAT:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Szkoła, klasa |  |
| PESEL |  |

1. **ADRES RODZICÓW / OPIEKUNÓW DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYJAZDU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Telefon dom. / komórkowy |  |
| Telefon do pracy |  |

1. **DEKLARACJA KANDYDATA:**

Zgłaszam chęć udziału w wyjeździe i zobowiązuję się do terminowego wywiązywania się z obowiązków i przydzielonych zadań , skompletowanie niezbędnego ekwipunku, **przestrzeganie dyscypliny i regulaminów obozu.** Wiem o tym, że w razie niewypełnienia wymagań uczestników wyjazdu **mogę zostać skreślony(a)** z listy uczestników wyjazdu, **bez prawa do pełnego zwrotu kosztów (wpłat).**

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

 data i podpis kandydata

1. **INFORMACJA RODZICÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA:**
2. **dolegliwości i objawy które występują u dziecka:**

\* omdlenia \* przewlekły kaszel

\* drgawki z utratą przytomności \* szybkie męczenie się

\* częste bóle głowy \* częste bóle brzucha

\* zaburzenia równowagi \* bóle stawów

\* częste wymioty \* lęki nocne

\* krwotoki z nosa \* moczenie nocne

\* ataki duszności \* wegetarianin.....tak /nie.....

\* uczulenie na ............................ \* inne

1. **przebyte choroby (proszę podać w którym roku)**

 \* żółtaczka zakaźna \* zapalenie ucha

 \* dur (tyfus brzuszny) \* częste anginy

 \* błonica \* cukrzyca

 \* inne choroby zakaźne \* padaczka

 \* zapalenie nerek \* inne choroby

 \* zapalenie wyrostka robaczkowego

**c) czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu? TAK NIE**

 ( jeżeli tak, proszę podać powód)

**d) na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone ?** .............................................................

**e) czy dziecko otrzymało surowicę (jaką, kiedy?)** .............................................................

 **f) jak dziecko znosi jazdę samochodem DOBRZE ŹLE**

 **g) inne uwagi o zdrowiu dziecka** ………………………………………………………………………………………

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

1. **ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW:**
* Wyrażam zgodę na ubieganie się i udział syna/córki w ww. wyjeździe. Znam

i akceptuję **Regulamin wyjazdu, zasady organizacyjne wyjazdu i powyższą deklarację dziecka.**

**Zobowiązuję się do terminowego wniesienia opłat i wiem o tym, że w wypadku** **wycofania dziecka z udziału w wyjeździe zadatek nie zostanie zwrócony.**

* Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, iż:

 1. Administratorem Państwa danych osobowych i danych osobowych Państwa dziecka jest

 Centrum Młodzieży im. dr. H. Jordana, ul. Krupnicza 38, 31-123 Kraków,

 e-mail: sekretariat@cmjordan.krakow.pl.

 2. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z prawem oświatowym i przepisami RODO.

 3. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celu, jakim jest uczestnictwo dziecka w wyjeździe , organizowanym przez Centrum Młodzieży.

  **Potwierdzam powyższą informację o stanie zdrowia dziecka. W przypadku konieczności**

 **ratowania zdrowia i życia dziecka wyrażam zgodę na niezbędne leczenie**

 …………. ……………………… ……………………………..

 data podpis ojca (opiekuna) podpis matki (opiekuna)

1. **INFORMACJA O POWROCIE DZIECKA DO DOMU PO ZAKOŃCZENIU WYJAZDU (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ):**

Odbiorę dziecko osobiście po zakończeniu wyjazdu w miejscu ustalonym przez kierownika wyjazdu.

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

 data podpis ojca (opiekuna) podpis matki (opiekuna)

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót dziecka do domu po zakończeniu wyjazdu i biorę za nie odpowiedzialność w drodze z miejsca zakończenia wyjazdu do domu.

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

 data podpis ojca (opiekuna) podpis matki (opiekuna)

1. **INFORMACJA PIELĘGNIARKI lub rodziców/opiekunów**

 Szczepienia ochronne (rok)

 **- Tężec (data**)

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

 Miejscowość i data podpis pielęgniarki /rodziców/opiekunów