

**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 **23.08.2022 – 29.08.2022**

**1. KANDYDAT:**

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

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

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

**3. 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 **mogą zostać skreślony(a)** z listy uczestników wyjazdu, **bez prawa do pełnego zwrotu kosztów (wpłat)**.

.....  
data i podpis kandydata

**4. INFORMACJA RODZICÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA:**

**a) 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                           |

**b) 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      **DOBRCZE**      **ŹLE**
- g) inne uwagi o zdrowiu dziecka      .....
- .....

## 5. 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:

- 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](mailto:sekretariat@cmjordan.krakow.pl).
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z prawem oświatowym i przepisami RODO.
- 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)

## 6. 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)

## 7. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI lub rodziców/opiekunów

Szczepienia ochronne (rok)

- **Tężec (data)**

.....  
 Miejscowość i data

.....  
 podpis pielęgniarki /rodziców/opiekunów