

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA
ZIMOWYCH WARSZTATÓW ARTYSTYCZNO – REKREACYJNYCH**

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU organizowanego przez:

**Centrum Młodzieży im. dr. H. Jordana w Krakowie
ZESPÓŁ PIEŚNI I TAŃCA „MAŁE SŁOWIANKI”
do: Ośrodka Wczasowego „PANORAMA” SZCZYRK – ul. Wczasowa 20
w terminie 29.01.2023 – 04.02.2023**

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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)

- | | |
|-----------------------------------|------------------|
| * żółtaczkę zakaźną | * 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) czy dziecko nosi aparat ortodontyczny lub okulary
- h) 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:
 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)

6. INFORMACJA O POWROCIE DZIECKA DO DOMU PO ZAKOŃCZENIU WYJAZDU (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ) ⁽³⁾:

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 rodziców/opiekunów Szczepienia ochronne (rok)

- Tęžec (data)
- Błonica
- Inne

.....
 Miejscowość i data

.....
 rodziców/opiekunów

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

Postanawia się⁽¹⁾:

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

.....
.....

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

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

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

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

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

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

- 1) Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.
- 2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.
- 3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.