



7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypracunku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypracunku, 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)

syn nosi okulary

Alergia na pszenicę

o szczepieniach ochronnych (zaznaczyć znakiem „X” wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec..... 2009

blonica..... 2010

dur..... 2008

inne.....

oraz numer PESEL uczestnika wypracunku

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypracunku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

01.06.2020

(data)

Janina Kowalska

(podpis rodziców/uczestnika wypracunku)

WZÓR

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

Postanawia się /właściwie zaznaczyć znakiem „X”/

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypracunek
- odmówić skierowania uczestnika na wypracunek ze względu:

(data)

(podpis organizatora wypracunku)

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

Uczestnik przebywał (adres miejsca wypracunku)

od dnia/dzień, miesiąc, rok/..... do dnia /dzień, miesiąc, rok/.....

(data)

(podpis kierownika wypracunku)

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

(miejscowość, data)

(podpis kierownika wypracunku)

# Załącznik do Karty Kwalifikacyjnej

## OŚWIADCZENIE RODZICA

w związku z uczestnictwem dziecka w wypoczynku letnim  
oświadczenie powinno zostać złożone w dniu rozpoczęcia wypoczynku

My, niżej podpisani, jako rodzice/prawni opiekunowie małoletniego/małoletniej

..... JANA KOŁAŁSKIEGO ..... (imię i nazwisko dziecka):

1. W razie zagrożenia zdrowia fizycznego, psychicznego lub zagrożenia życia Uczestnika zgadzamy się na jego badania, leczenie ambulatoryjne lub szpitalne, w poradniach, w placówkach leczniczych, zabiegi diagnostyczne, zabiegi operacyjne, znieczulenie miejscowe, narkozę, podawanie leków lub środków farmakologicznych: ogólnodostępnych lub przepisanych przez lekarza, w tym lekarza pierwszego kontaktu.
2. Oświadczamy, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o Uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu Uczestnikowi właściwej pieczy i opieki w trakcie Obozu.
3. Zobowiązujemy się do uiszczenia na rzecz Organizatora kosztów uczestnictwa Uczestnika w Obozie, na warunkach, w tym w terminie, wynikających z Umowy.
4. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Uczestnika na potrzeby niezbędne do realizacji Umowy (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 113, poz. 883 z późn. zm.).
5. Wyrażamy zgodę na przekazywanie danych osobowych przez Organizatora podmiotom trzecim w zakresie niezbędnym do realizacji Umowy.
6. Zostaliśmy poinformowani o dobrowolności podania danych osobowych, prawie dostępu do treści danych osobowych oraz prawie ich poprawiania.
7. Wskazana powyżej osoba:
  - jest zdrowa, i nie występują u niej objawy chorobowe sugerujące występowanie choroby zakaźnej, w tym w szczególności choroby COVID-19, wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2,
  - w ostatnich 14 dniach przed rozpoczęciem formy wypoczynku nie przebywała na kwarantannie, a także nie miała świadomego kontaktu i nie zamieszkiwała z osobą przebywającą na kwarantannie, niezależnie od formy tej kwarantanny,
  - nie miała świadomego kontaktu z osobą zakażoną koronawirusem SARS-CoV-2 oraz chorującą na COVID-19,
  - nie choruje na chorobę przewlekłą, mogącą narazić je na cięższy przebieg ewentualnego zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2.
8. Zobowiązujemy się do zapewnienia jej, we własnym zakresie, środków ochrony osobistej.
9. Zobowiązujemy się do niezwłocznego odbioru dziecka - do 12 godzin - w przypadku stwierdzenia u niego objawów mogących świadczyć o chorobie zakaźnej.
10. Udostępnimy organizatorowi i kierownikowi wypoczynku numer telefonu lub inny kontakt zapewniający szybką komunikację.
11. Osoby odprowadzające dziecko na zbiórkę lub do obiektu są zdrowe, nie mają objawów infekcji lub choroby zakaźnej, nie zamieszkiwały z osobą przebywającą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych w okresie 14 dni przed rozpoczęciem wypoczynku.

UWAGA: W przypadku występowania u uczestnika chorób przewlekłych konieczne jest dostarczenie opinii lekarskiej o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w wypoczynku.

POZNAŃ 01.06.2020 miejsowość, data	Janna Kowalska Tomasz Kowalski podpisy rodziców/opiekunów prawnych
--	--

Poniższe wypełnić jeśli dziecko przyjmuje regularnie leki/medykamenty.

Wyrażamy zgodę na podawanie przez opiekuna leków zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z poniższą tabelą.

Nazwa medykamentu/lekarstwa	Sposób dawkowania
1. CLATRA	2 x dziennie (rano i wieczorem) po posiłku
2.	

POZNAŃ 01.06.2020 miejsowość, data	Janna Kowalska Tomasz Kowalski podpisy rodziców/opiekunów prawnych
--	--

**WZÓR**