



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓLKOLONII

INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Organizator półkolonii

*Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci Niewidomych i Słabowidzących Nadzieja
30-319 Kraków, ul. Tyniecka 6, tel. 602-174-181*

2. Adres realizacji półkolonii

*Zespół Szkół i Placówek pn. „Centrum dla Niewidomych i Słabowidzących” w Krakowie
30-319 Kraków, ul. Tyniecka 6, tel. 12 266-66-80*

3. Termin

..... 2020 – 2020 roku

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PÓLKOLONII

1. Imię i nazwisko uczestnika

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

3. Data urodzenia

4. Numer PESEL uczestnika

5. Adres zamieszkania uczestnika

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

7. Telefony kontaktowe do rodziców lub opiekunów

.....

.....

8. Adresy e-mail rodziców lub opiekunów

.....

9. Nazwa i adres szkoły.....

.....klasa

INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA

1. Przebyte choroby (podać, w którym roku życia) :

Odra, ospa, różyczka

świnka, szkarlatyna żółtaczka zakaźna.....

choroby nerek jakie

astma, padaczka inne choroby

.....

2. Czy u uczestnika półkolonii występowały w ostatnim roku lub występują obecnie * :

drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki

nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenia nocne, częste bóle brzucha, wymioty,

krwawienia z nosa, przewlekły kaszel, (lub katar, anginy), duszność, bóle stawów, szybkie

męczenie się, niedosłuch, jąkanie, inne

.....

.....

3. Czy uczestnik półkolonii ma mieć w czasie zajęć podawane leki (jakie, w jakich

dawkach, kiedy).....

.....

4. Uczestnik półkolonii jest uczulony * : tak, nie, jeśli tak to proszę podać na co

.....

5. Uczestnik półkolonii nosi* : okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne

.....

6. Uczestnik półkolonii jazdę samochodem znosi * : dobrze, źle.

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika półkolonii, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności

.....

.....

8. Inne istotne uwagi o stanie zdrowia uczestnika półkolonii

.....

.....

8. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub ksero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec

błonica

dur

inne

.....

*** (właściwe podkreślić)**

Oświadczam, że podałem/lam wszystkie znane mi informacje o uczestniku wypoczynku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na wyjeździe.

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

.....

Data i czytelny podpis rodzica (opiekuna) uczestnika półkolonii