



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓLKOLONII

INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Organizator półkolonii

Gmina Miejska Kraków – Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
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

..... 2024 r. – 2024 r.

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PÓLKOLONII

1. Imię i nazwisko uczestnika

2. Data urodzenia

3. Numer PESEL uczestnika

4. Stopień niepełnosprawności uczestnika*: lekki umiarkowany znaczny

5. Symbol/symbole niepełnosprawności

6. Adres zamieszkania uczestnika

.....

7. Imiona i nazwiska rodziców

.....

8. Telefony kontaktowe do rodziców lub opiekunów

.....

9. Adresy e-mail rodziców lub opiekunów

.....

.....

10. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

11. Nazwa i adres szkoły uczestnika półkolonii

.....

.....klasa

WARUNKI UCZESTNICTWA W PÓŁKOLONII

1. Uczestnik półkolonii samodzielnie spożywa posiłki.
2. Uczestnik półkolonii sygnalizuje potrzebę skorzystania z toalety.
3. Uczestnik półkolonii nie stanowi zagrożenia dla siebie i innych.

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, jękanie, inne

.....

.....

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

.....

4. Uczestnik półkolonii może brać udział we wszystkich zaplanowanych zajęciach programowych, w tym sportowych*

TAK NIE

W jakich zajęciach nie może brać udziału?

.....

5. Uczestnik posiada uczulenia pokarmowe i ograniczenia dotyczące przyjmowania posiłków*

TAK NIE

Jeśli TAK to jakie?

.....

5. Czy uczestnik ma mieć dietę w ramach podawanych posiłków*

TAK NIE

Jeśli TAK to jaką dietę?

.....

6. Uczestnik posiada alergię / uczulenie*:

TAK NIE

Jeśli TAK to jakie?

.....

7. Czy uczestnik półkolonii jest astmatykiem*:

TAK NIE

8. 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, informacje związane z niepełnosprawnością (np. problemy w poruszaniu się).....

.....

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

tężec

błonica

dur

inne

* (proszę zaznaczyć w kratce krzyżykiem)

** (proszę właściwe podkreślić)

Oświadczam, że podałem/łam wszystkie znane mi informacje o uczestniku wycieczki, 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 wycieczki [(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

INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DOJAZDACH UCZESTNIKA NA PÓŁKOLONIĘ

1. Czy uczestnik będzie korzystał z dowozu autobusem na półkolonię*?

TAK **NIE**

2. Czy uczestnik będzie dojeżdżał na półkolonię transportem własnym*?

TAK **NIE**

3. W przypadku korzystania dowozu autobusem proszę zaznaczyć krzyżykiem w kratce przystanek, na którym uczestnik półkolonii będzie wsiadać do autobusu*:

- Przystanek autobusowy „Prokocim Szpital”, ul. Wielicka
- Przystanek autobusowy „Bonarka” przy Centrum Handlowym Bonarka
- Przystanek autobusowy „Rondo Mogiłskie”, ul. Beliny-Prażmowskiego
- Parking GUS, ul. Wyki

4. Dane osób upoważnionych do odbioru uczestnika z półkolonii (nie wpisywać Rodziców):

imię i nazwisko

seria i numer dowodu osobistego

telefon kontaktowy osoby upoważnionej

.....

Data i czytelny podpis rodzica (opiekuna) uczestnika półkolonii