

INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU (Wypełnia organizator)

1. Forma wycieczki: Półkolonia
2. Termin wycieczki: od do
3. Miejsce lokalizacji wycieczki:

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora)

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (Wypełnia opiekun)

1. Imię i nazwisko:
2. Imiona rodziców:
3. Adres zamieszkania:
4. Numery telefonu rodzica / opiekuna:
5. Informacja o specjalnych porzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:
.....
.....
6. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. uczulenia, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary):
.....
.....
7. Szczepienia ochronne wraz z podaniem roku ich wykonania:
Tęžec
Błonnica
Dur
Inne
8. Rok urodzenia 9. Pesel uczestnika:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU c.d. (Wypełnia opiekun)

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 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych oraz na podstawie Art.13 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016r.).

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica / opiekuna)

DECYZJA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (Wypełnia organizator)

Postanawia się: zakwalifikować / odmówić skierowania na wycieczkę ze względu:

.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora)

POTWIERDZENIE POBYTU NA WYPOCZYNKU UCZESTNIKA (Wypełnia organizator)

Uczestnik przebywał na:

Od dnia: do dnia:

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora)

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA NA WYPOCZYNKU (Wypełnia organizator)

.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora)

INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY DOT. UCZESTNIKA (Wypełnia organizator)

.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA (Wypełnia opiekun w dniu wyjazdu)

Ja niżej podpisany / a
(imię nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego)

oświadczam, iż Uczestnik półkoloni
(imię i nazwisko uczestnika)

a) nie wykazuje w dniu wyjazdu objawów infekcji oraz objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną oraz nie chorował na żadną chorobę zakaźną min. 21 dni przed rozpoczęciem półkolonii

b) nie jest zamieszkały z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miał kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie min. 15 dni przed rozpoczęciem półkolonii

c) jest przygotowany do stosowania się do wytycznych i regulaminów półkolonii związanych z zachowaniem dystansu społecznego oraz przestrzeganiem wzmożonych zasad higieny.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica / opiekuna)