

Dodatkowe oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z **Regulaminem udziału w Zimowym Obozie Taekwon-do**, znajdującym się na stronie www.kct.pl.
2. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości 990 zł (słownie: dziewięćset dziewięćdziesiąt złotych).
3. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach sportowych oraz na korzystanie basenu.
4. W przypadku skorzystania z pakietu narciarsko-snowboardowego wyrażam zgodę na rekreacyjne uprawianie narciarstwa / snowboardu oraz zobowiązuję się zapewnić dziecku odpowiedni sprzęt (w tym również ochronny).
5. W razie konieczności wyrażam zgodę na podawanie przez pielęgniarkę lub wychowawców leków objawowych lub leków przepisanych przez lekarza.
6. W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka upoważniam wychowawcę lub kierownika obozu do podejmowania decyzji w sprawie podjęcia leczenia szpitalnego, zabiegów diagnostycznych i operacji.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV, VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
podpis uczestnika

.....
podpis rodzica (opiekuna)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Nazwa organizatora: Krakowskie Centrum Taekwon-do
2. Czas trwania wypoczynku od 10.02.2018 do 17.02.2018
3. Adres placówki: Gościniec Pieniński,
34-440 Kluszkowce, ul. Karpacka 1
4. Forma wypoczynku: zimowy obóz taekwon-do

Telefon do kierownika obozu: 502 067 081

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA DO PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia PESEL
3. Adres zamieszkania
.....
telefon
4. Klasa Oddział NFZ
5. Nazwa i adres szkoły
6. Adres pobytu rodziców (opiekunów) dziecka w trakcie pobytu dziecka na na wypoczynku
.....
Telefony kontaktowe
Adres email:

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, czy występują: omdlenia, szybkie męczenie się, lęki nocne, moczenie nocne, cukrzyca, padaczka):

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

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku.

.....
(data) (podpis rodzica lub opiekuna)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec....., błonnica.....,
dur....., żółtaczk....., inne.....

.....
(data) (podpis lekarza, rodzica lub opiekuna)

V. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

W przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy wypełnia rodzic lub opiekun.

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

.....
(data) (podpis wychowawcy, rodzica lub opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do placówki na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

.....

.....
(data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE

Dziecko przebywało na obozie od do 2016 r.

.....
(data) (pieczętka i podpis dyrektora placówki)

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

.....
(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....
.....

.....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy lub instruktora)