**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku:
* kolonia
* zimowisko
* obóz
* biwak

**x półkolonia**

* inna forma wypoczynku …………………………………………………

 (proszę podać formę)

1. Termin wypoczynku: **4.01.21r. - 8.01.21r.**

 **11.01.21r. - 15.01.21r.**

1. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

**Szkoła Podstawowa im. M. Konopnickiej w Mrokowie**

**ul. M. Świątkiewicz 2a**

**05-552 Mroków**

Mroków, 10.12.2020r. ............................................................

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko

……………………………………………………………………………………………..…

1. Imiona i nazwiska rodziców

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Rok urodzenia

……………………………………………………………..………………….……….……

1. Adres zamieszkania

…………………………………………………………………………….………..………

…………………………………………………………………………….………..………

…………………………………………………………………………….………..………

1. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców3)

………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………….………..………

…………………………………………………………………………….………..………

1. Numer telefonu rodziców uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

……………..……………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

1. Imiona, nazwiska i numery telefonów osób upoważnionych do odbioru dziecka
w czasie trwania wypoczynku

……………..………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

1. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym
i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

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

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

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec ………………………………………………………………………………………………

błonica ………………………………………………………………………………………………

dur ………………………………………………………………………………………………

inne ………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem „Akcji Zima 2021”.

Wyrażam zgodę na to by kierownik półkolonii podejmował decyzje związane z leczeniem lub hospitalizowaniem mojego dziecka w czasie trwania „Akcji Zima 2021”, w przypadku zagrożenia jego zdrowia bądź życia.

**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) (podpis rodziców/opiekunów uczestnika)