**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I**. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: kolonia letnia Caritas Diecezji Legnickiej

2. Termin wypoczynku: ...........................................................................................................

3. Adres wypoczynku: .................................................................................................

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

 *(miejscowość, data) (pieczątka/podpis organizatora wypoczynku)*

**II**. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

l . Imię (imiona) i nazwisko: ...........................................................................................................................................

2. Data urodzenia: ...........................................................................................................................................................

3. Adres zamieszkania .....................................................................................................................................................

4. Imiona i nazwiska rodziców(opiekunów), telefon, adres pobytu

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................5. Numer PESEL uczestnika wypoczynku  6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................7. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku:

Czy dziecko nosi okulary/soczewki/aparat ortodontyczny itp.? zalecenia?....................................................................

Czy dziecko ma uczulenia/alergie, jeśli tak to jakie? ....................................................................................................

Czy dziecko przyjmuje stałe leki, jeśli tak to jakie, w jakich dawkach?........................................................................

Czy dziecko jest na specjalistycznej diecie? ................................................................................................................

Jak dziecko znosi jazdę samochodem? .........................................................................................................................

Inne .................................................................................................................................................................................

 8. Informacje o szczepieniach ochronnych wraz z podaniem roku *(ewentualnie ksero książeczki szczepień)* :

tężec....................................................................................błonica..............................................................................

dur.......................................................................................inne.........................................................................................................................................................................................................................................................................

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.). ........................................................ ..................................................... *miejscowość, data czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

**III**. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (jeśli brak możliwości uzyskania informacji od wychowawcy klasy, uzupełnia rodzic/opiekun prawny) .................................................................................................................................................................................................................

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

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

*miejscowość, data podpis wychowawcy/ rodzica/opiekuna*

**IV**. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się

 l). zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

2). odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu: ................................................................................. ................................................................................................................................................................................................................................ ........................................................  *miejscowość, data podpis organizatora wypoczynku*

**V**. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCOWOŚCI WYPOCZYNKU Uczestnik przebywał na kolonii (adres wypoczynku) ...................................................................................................... od dnia ..............................do dnia..................................... ...................................... ............................................................. *miejscowość, data podpis kierownika wypoczynku*

**VI**. IFORMACJE KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE. ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ........................................................ *miejscowość, data podpis kierownika wypoczynku*

**VII**.INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ....................................................... *miejscowość, data podpis wychowawcy wypoczynku*

**Oświadczenia udzielone dla: .......................................................................................................................................** *imię i nazwisko dziecka*

**na czas kolonii w: ........................................................... w terminie ........................................................................**

1. Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę, by moje dziecko uczestniczyło podczas kolonii w praktykach religijnych.

 ...................................... *czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

2. Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę, na leczenie mojego dziecka w szpitalu oraz przeprowadzenia w nim koniecznych zabiegów medycznych ratujących życie. .......................................... *czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

3. Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę, na przeprowadzenie kontroli czystości skóry głowy po przyjeździe dziecka na kolonię. ......................................... *czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

4. Oświadczam, że moje dziecko nie znajduje / znajduje\* się pod nadzorem kuratora*. .......................................... czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

5. Zobowiązuje się do odebrania mojego dziecka w oznaczonym czasie i miejscu w dniu powrotu z kolonii.  *.......................................... czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

6. Przyjmuje do wiadomości, że w razie złamania przez moje dziecko, dyscypliny kolonijnej poprzez: spożywanie alkoholu czy narkotyków, palenie papierosów, samodzielne oddalenie się od grupy, czy stwarzanie zagrożenia dla innych dzieci, odbiorę dziecko z kolonii w ciągu 24h, lub na mój koszt zostanie ono odwiezione do miejsca stałego zamieszkania, na co wyrażam zgodę. ............................................ *czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

7. Inne ważne informacje od rodzica/opiekuna ...............................................................................................................

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

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

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

\* niepotrzebne skreślić