

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 marca 2016 r. w sprawie wycieczki dzieci i młodzieży

Lokalna Grupa Działania „Równiny Wołomińskiej
05-240 Tłuszcz ul. Warszawska 4; KRS 0000323145; NIP 125 152 06 25



Termin wycieczki (proszę postawić znak X)

I turnus 19.VII.2017 – 1.VIII.2017

II turnus 1.VIII.2017 – 14.VIII.2017

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

(wypełnia organizator wycieczki)

1. Forma wycieczki :	
Kolonia	
2. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji (lub trasa jeśli ma on charakter wędrowny):	
OW WATRA ul.3-go Maja 49 34-441 Niedzica woj.małopolskie	
3. Termin wycieczki: 19.VII – 1.VIII.2017 lub 1.VIII. - 14.VIII.2017	
..... podpis organizatora wycieczki miejsowość, data

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

(wypełniają rodzice)

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika:	
2. Data urodzenia uczestnika:	
3. Numer PESEL uczestnika:	
4. Adres zamieszkania uczestnika:	
5. Dane obojga rodziców.	
I. Imię i nazwisko:	Telefon:
Adres	mail
II. Imię i nazwisko	Telefon:
Adres	

6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

.....
.....

7. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznymi stosowanej diecie:

7.1 Uczestnik zażywa stale leki (jakie? Podać nazwę, dawkowanie):

.....
.....

7.2 Uczestnik ma uczulenia/alergie: tak/nie (podać na co, oraz inne istotne informacje, np. nazwa leku):

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

7.3 Uczestnik nosi (właściwie zakreślić kółkiem): okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, aparat/wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne aparaty (podać jakie):

.....
.....

7.4 Uczestnik korzysta ze specjalnej diety (podać szczegóły):

.....
.....

7.5 Jazdę samochodem/pociągiem znosi dobrze/źle (zakreślić)

7.7 Inne uwagi o zdrowiu uczestnika, specjalnych potrzebach uczestnika:

.....
.....

8. Informacje o szczepienia ochronnych (można też dołączyć czytelną kserokopię książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień – w takim wypadku proszę wstawić krzyżyk potwierdzający załączenie kserokopii:)

Podać rok szczepienia:

tężec:, błonica:, dur:,

inne:

NIE WYMAGANE ALE WARTO PODAĆ ROK SZCZEPIENIA DLA:

Polio:, BCG:, WZW:, ospa:,

9. PONIŻSZE INFORMACJE NIE SĄ WYMAGANE LECZ ZALECA SIĘ JE PODAĆ:

W ostatnim roku uczestnik przebywał w szpitalu: tak/nie (zakreślić, jeżeli "tak" - podać powód)

.....

Przebyte choroby (zakreślić i/lub podać rok): odra:, różyczka:, ospa wietrzna:, szkarlatyna:,

żółtaczk..... zakaźna:, świnka:, choroby nerek (jakie? wzw?)

....., choroba reumatyczna:, astma:, padaczka:,

inne przebyte ważne choroby:

(właściwie zakreślić kółkiem): U uczestnika występowały w ostatnim roku lub występują obecnie: drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienia z nosa, przewlekający się kaszel (lub katar, anginy), duszność, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jąkania, inne

.....
.....

Grupa krwi uczestnika:.....

W razie zagrożenia życia uczestnika zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu uczestnika na formie wycieczki.

Jeśli uczestnik przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam uczestnika w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wycieczki.

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.)).

Wyrażam zgodę na użycie wizerunku wyżej wymienionego uczestnika do celów statutowych LGD „Równiny Wołomińskiej” i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie uczestnika; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową, także tych, w których uczestniczyć będzie uczestnik; 3) użycie wizerunku uczestnika, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez LGD „Równiny Wołomińskiej”, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zmianami), bez ograniczeń co do czasu i ilości.

Wyrażam zgodę, na to aby telefon/tablet lub inne urządzenie multimedialne mojego dziecka podczas trwania kolonii, organizowanych przez Lokalną Grupę Działania "Równiny Wołomińskiej" zostało przekazane wychowawcy.

Urządzenia te będą udostępniane po kolacji na czas 2 godzin. Za urządzenia, które nie zostaną oddane wychowawcom organizator nie ponosi odpowiedzialności.

Oświadczam, że zostałam poinformowana(y), znam i akceptuję warunki uczestniczenia wyżej wymienionego uczestnika w wyżej wymienionym wycieczniku, w szczególności w zakresie:

1. Opieki wychowawczej, instruktorskiej
2. Terminu wyciecznika, miejscu wyciecznika lub trasie wyciecznika.
3. Programu wyciecznika
4. Regulaminu wyciecznika
5. Noclegów i wyżywienia.
6. Charakteru zajęć i dyscypliny uczestników.
7. Ekwipunku i wyposażenia uczestników.
8. Kosztów uczestnictwa.

Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów wyciecznika uczestnika w wysokościzł

Kwota słowniezł

..... miejscowość, data podpisy obojga rodziców/pełnoletniego uczestnika wyciecznika

(Dla dzieci rolników ubezpieczonych w KRUS koszt wynosi 400,00 zł.; dla pozostałych uczestników koszt wynosi 1150,00 zł.)

III. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

(wypełnia organizator wyciecznika)

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na wyciecznik/ Odmówić skierowania uczestnika na wyciecznik ze względu (niepotrzebne skreślić):

.....

..... data podpis organizatora

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYCIECZNIKA POBYTU UCZESTNIKA WYCIECZNIKA W MIEJSCU WYCIECZNIKA

(wypełnia kierownik wyciecznika)

Uczestnik przebywał (podać adres miejsca wyciecznika):

.....

od dnia do dnia r.

..... data podpis kierownika wyciecznika

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYCIECZNIKA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYCIECZNIKA W CZASIE TRWANIA WYCIECZNIKA ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....

.....

..... miejscowość, data podpis kierownika wyciecznika

VI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYCIECZNIKA DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYCIECZNIKA

(wypełnia wychowawca wyciecznika)

.....

.....

..... miejscowość, data podpis kierownika wyciecznika