

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. Wniosek rodziców (uczestnika, jeżeli jest pełnoletni) o skierowanie na imprezę:

Proszę o skierowanie (imię i nazwisko uczestnika): _____

na imprezę **Rejs przez Całe Mazury** w terminie: _____

Potwierdzam zapoznanie się ze Szczegółowymi Warunkami Uczestnictwa w imprezach Badcat sp. z o.o. Jako opiekun prawny uczestnika wyrażam zgodę na jej/jego udział w imprezie i potwierdzam prawdziwość danych zawartych w niniejszej karcie.

seria i numer dokumentu tożsamości

czytelny podpis rodziców lub opiekuna prawnego

II. Informacje dotyczące wycieczki:

1. **Forma wycieczki:** rejs

2. **Termin wycieczki:** _____

3. **Adres wycieczki:** Ośrodek Róża Wiatrów, ul. Wodociągowa 1, 11-600 Węgorzewo

4. **Trasa wycieczki o charakterze wędrówką:** Węgorzewo - Niedźwiedzi Róg - Węgorzewo

Miejscowość, data

podpis organizatora wycieczki

III. Informacje dotyczące uczestnika:

Imię i nazwisko: _____

Data i miejsce urodzenia: _____

PESEL _____

Adres zamieszkania: _____

Dane kontaktowe rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na imprezie:

Adres: _____

Telefony: _____

Uczestnik tel. _____

Ojciec, imię i nazwisko, tel. _____

Matka imię i nazwisko, tel. _____

Inny opiekun dziecka, imię i nazwisko, tel. _____

Informacje rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia uczestnika (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, itp. i inne istotne zdaniem rodzica informacje o dziecku):

Wzrost _____ (cm), waga _____ (kg), musi nosić szkła kontaktowe tak/nie (wada: L _____ P _____). Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka (właściwe zakreślić): omdlenia, częste bóle głowy, drgawki z utratą przytomności, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki, nocne moczenie się, inne: _____

Przebyte choroby (podać rok): żółtaczka zakaźna _____, dur brzuszny (tyfus) _____, błonica _____, inne choroby zakaźne _____, zapalenie nerek _____, zapalenie wyrostka robaczkowego _____, zapalenie ucha _____, częste anginy _____, cukrzyca _____, padaczka _____, inne choroby _____

Czy w ostatnim czasie dziecko było w szpitalu tak/nie z powodu: _____

Na jakie leki, pokarmy dziecko jest uczulone: _____

Jak dziecko znosi jazdę samochodem? _____

Inne uwagi dotyczące zdrowia dziecka: _____

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

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec _____, błonica _____, dur _____, inne _____

Miejscowość, data

czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

Stwierdzam, że podałem/łam wszystkie znane mi informacje o moim dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w miejscu wypoczynku. W razie uzasadnionej potrzeby, w tym zagrożenia zdrowia i życia dziecka, wyrażam zgodę na jego leczenie, podanie leków, zabiegi operacyjne itp. Wyrażam zgodę na doraźne podanie leków ogólnodostępnych w przypadku wystąpienia nagłej dolegliwości u dziecka.

W przypadku podejrzenia spożywania przez uczestnika alkoholu, narkotyków lub środków odurzających wyrażam zgodę na badanie uczestnika alkomatem lub testami na obecność narkotyków.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO, czyli rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) R2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.).

Miejscowość, data

czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

IV. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka we wszystkich zajęciach programowych i wybranych imprezach fakultatywnych podczas trwania imprezy.

Nie wyrażam zgody na udział mojego dziecka w zajęciach (wymienić rodzaje zajęć z programu, w których dziecko nie powinno uczestniczyć): _____

Miejscowość, data

czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

V. Decyzja Organizatora wypoczynku o zakwalifikowaniu uczestnika wypoczynku do udziału w wypoczynku:

Postanawia się: (zaznaczyć właściwe)

- ☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu _____

Miejscowość, data

podpis organizatora wypoczynku

VI. Potwierdzenie przez kierownika wypoczynku pobytu uczestnika w miejscu wypoczynku:

Uczestnik przebywał na obozie / kolonii / rejsie / zimowisku w terminie: od dnia _____ do dnia _____

Miejscowość, data

podpis kierownika wypoczynku

VII. Informacje kierownika wypoczynku o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania wypoczynku oraz o chorobach przebytych w jego trakcie (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp.):

Miejscowość, data

podpis kierownika wypoczynku

VIII. Informacje i spostrzeżenia wychowawcy wypoczynku dotyczące uczestnika:

Miejscowość, data

podpis wychowawcy