

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O AKCEPTACJI ZASAD
OBOWIĄZUJĄCYCH PODCZAS WYPOCZYNKU:**

- ✓ Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka **zgadzam się/ niezgadzam*** się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.
 - ✓ Niniejszym oświadczam, że dokonam wpłaty z tytułu uczestnictwa w obozie w kwocie 1200 PLN (słownie: tysiąc dwustu złotych), w terminach: I rata bezwrotnego zadatku 600 PLN (słownie: sześćset złotych) do 30.04.2017 r., II rata 600 PLN (słownie: sześćset złotych) do 09.06.2017 r.
 - ✓ **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam*** zgody na uwiecznianie i publikację wizerunku mojego dziecka w toku działań statutowych Fundacji „ZiP”, zgodnie z Art. 81 Ustawy z dnia 04.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jedn. Dz.U.2006.90.631).
 - ✓ **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam*** zgody na uczestnictwo mojego dziecka we mszy św.
 - ✓ ROZMIAR KOSZULKI – T-SHIRT (WZROST DZIECKA)
-
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA) (PODPIS OJCA, MATKI LUB OPIEKUNA)

*NIEWŁAŚCIWE SKREŚLIĆ



**KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. FORMA PLACÓWKI WYPOCZYNKU: **OBÓZ**
2. TERMIN WYPOCZYNKU OD 15 LIPCA 2017 R. DO 28 LIPCA 2017 R.
3. ADRES WYPOCZYNKU, MIEJSCE LOKALIZACJI WYPOCZYNKU: **BAZA OBOZOWA
PASTERKA 18, 57-350 KUDOWA ZDRÓJ, POW. KŁODZKI, WOJ. DOLNOŚLĄSKIE**

..... ZENOBIA GLAC-ŚCIEBURA
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA) (PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO
 2. IMIONA I NAZWISKA RODZICÓW
 3. ROK URODZENIA
- ORAZ NUMER PESEL UCZESTNIKA WYPOCZYNKU
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
4. ADRES ZAMIESZKANIA
 5. ADRES ZAMIESZKANIA LUB POBYTU RODZICÓW
 6. NUMER TELEFONU RODZICÓW LUB NUMER TELEFONU WSKAZANEJ PRZEZ PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA WYPOCZYNKU, W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

7. INFORMACJA O SPECJALNYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH UCZESTNIKA WYPOCZYNKU, W SZCZEGÓLNOŚCI O POTRZEBACH WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, NIEDOSTOSOWANIA SPOŁECZNEGO LUB ZAGROŻENIA NIEDOSTOSOWANIEM SPOŁECZNYM

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

8. ISTOTNE DANE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU, ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNYM I STOSOWANEJ DIECIE (NP. NA CO UCZESTNIK JEST UCZULONY, JAK ZNOSI JAZDĘ SAMOCHODEM, CZY PRZYJMUJE STAŁE 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):

TEŻEC 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 SIERPNI 1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (DZ. U. Z 2015 R. POZ. 2135, Z PÓŹN. ZM.)).

.....
.....
(DATA) (PODPIS RODZICÓW/ PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA WYPOCZYNKU)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

POSTANAWIA SIE:

- ZAKWALIFIKOWAĆ I SKIEROWAĆ UCZESTNIKA NA WYPOCZYNEK
- ODMÓWIĆ SKIEROWANIA DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU ZE WZGLĘDU:

.....
.....
(DATA) (PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU)

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

UCZESTNIK PRZEBYWAŁ
(*adres miejsca wypoczynku*) OD DNIA (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK) DO DNIA (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK)

.....
.....
(DATA) (PODPIS KIEROWNIKA PLACÓWKI WYPOCZYNKU)

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

.....
.....

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
(PODPIS KIEROWNIKA WYPOCZYNKU)

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU
DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....
(PODPIS WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU)