



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. FORMA WYPOCZYNKU: **PÓŁKOLONIE**

2. TERMIN WYPOCZYNKU\*:

TURNUS I 31.07-04.08.2017 R.	TURNUS II 07-11.08.2017 R.
TURNUS III 14-18.08.2017 R. (BEZ 15.08.2017)	TURNUS IV 21-25.08.2017 R.

\*WŁAŚCIWY TURNUS ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM

3. ADRES WYPOCZYNKU, MIEJSCE LOKALIZACJI WYPOCZYNKU:

**SZKOŁA PODSTAWOWA NR 50, UL. GROBLA IV 8, 80-001 GDAŃSK**

MIEJSCOWOŚĆ, DATA	PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU
-------------------	--------------------------------

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imiona i nazwisko dziecka														
2. Rok urodzenia dziecka oraz numer PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													
3. Adres zamieszkania														
4. Dane rodziców/ opiekunów prawnych	Imię i nazwisko		Imię i nazwisko											
	Adres zamieszkania		Adres zamieszkania											
	Telefon		Telefon											
5. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.														

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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)						
Czy dziecko ma uczulenia/alergie?	Nie	Tak, podaj jakie:				
Jak dziecko znosi jazdę samochodem?	Dobrze	Źle				
Czy dziecko nosi okulary/szklka kontaktowe?	Nie	Tak				
Czy dziecko przyjmuje stałe leki?	Nie	Tak, jakie i w jakich dawkach:				
Podaj pozostałe informacje:						
O szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)						
Szczepienia ochronne (rok)	tężec		błonica		dur	
	Inne (jakie?)					

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości \_\_\_\_\_ zł,

słownie złotych: \_\_\_\_\_ 00/100

#### Dane do przelewu:

Odbiorca: Fundacja „Zabawa i Poznanie” 80-041 Gdańsk, ul. Uranowa 7b/12

Nr rachunku: **72 2030 0045 1110 0000 0305 1690** (BGŻ BNP PARIBAS)

Tytułem: „turnus, imię i nazwisko dziecka” *Oplatę należy wnieść najpóźniej 14 dni przed rozpoczęciem turnusu.*

Stwierdzam, że podałem(-am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie wycieczki. Jeśli moje dziecko przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wycieczki, które zostaną zdeponowane u wychowawcy.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej, dla potrzeb niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Fundacji „Zabawa i Poznanie” i w konsekwencji wyrażam zgodę na: 1. fotografowanie mojego dziecka; 2. rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Fundacji „Zabawa i Poznanie”, także tych, w których uczestniczyć będzie moje dziecko; 3. Użycie wizerunku mojego dziecka, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez Fundację „Zabawa i Poznanie”, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dn. 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz.U. 2006 nr 90 poz. 631 z późn. zm.), bez ograniczeń co do czasu i ilości.

MIEJSCOWOŚĆ, DATA	PODPIS MATKI LUB OPIEKUNA PRAWNEGO
-------------------	------------------------------------

MIEJSCOWOŚĆ, DATA	PODPIS OJCA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO
-------------------	-----------------------------------

**Oświadczam, że znam i akceptuję warunki uczestnictwa mojego dziecka i są one dla mnie zrozumiałe.**

MIEJSCOWOŚĆ, DATA	PODPIS MATKI LUB OPIEKUNA PRAWNEGO
-------------------	------------------------------------

MIEJSCOWOŚĆ, DATA	PODPIS OJCA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO
-------------------	-----------------------------------

Fundacja „Zabawa i Poznanie” jako administrator danych oświadcza, że dane osobowe dziecka zawarte w karcie kwalifikacyjnej oraz w uwagach lekarza będzie wykorzystywać i przetwarzać (zbierać, przechowywać, utrzymywać i usuwać) tylko w celu wykonania zadań statutowych Fundacji „ZIP” (art. 23 ust. 1 pkt 5 i art. 27 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 nr 133 poz. 833 ze zm.) przy zachowaniu postanowień ww ustawy dotyczących gwarancji ochrony przetwarzania tych danych.

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

Postanawia się:

<input type="checkbox"/>	Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
<input type="checkbox"/>	Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

MIEJSCOWOŚĆ, DATA	PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

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

Uczestnik przebywał na <i>(forma i adres miejsca wypoczynku)</i>	<i>półkoloniach w SP nr 50 w Gdańsku, 80-001 ul. Grobla IV 8</i>		
od dnia		do dnia	

MIEJSCOWOŚĆ, DATA	PODPIS KIEROWNIKA WYPOCZYNKU

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

Dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.

--	--

MIEJSCOWOŚĆ, DATA	PODPIS KIEROWNIKA WYPOCZYNKU

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

--	--

MIEJSCOWOŚĆ, DATA	PODPIS WYCHOWAWCY