

**XI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU:**

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

.....  
Data:

.....  
Podpis wychowawcy:



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. **Nazwa obozu młodzieżowego:** **OM Hiszpania**
2. **Miejsce:** **HOTEL MARIA DEL MAR \*\*\*\*\***  
Carrer de Ponent, nº11, 17310 Lloret de Mar,  
Girona, Hiszpania  
Tel: +34 972 36 44 37
3. **TELEFON** **17 7885222**
4. **Czas trwania turnusu:** **01-11.07.2023**

(miejscowość, data).....

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....
3. Adres zamieszkania ....., telefon .....
4. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku .....
- ....., telefon .....

	Imię i nazwisko, nr. telefon
Ojciec (opiekun)	
Matka (opiekunka)	

Zobowiązuję się do zapłacenia kosztów pobytu dziecka w wysokości: **2 899,00 + 100 EUR**

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 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 poz. 2135, z póź. zm.)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody: na wykorzystanie zdjęć z obozu na stronie [veneto.pl](http://veneto.pl) oraz FB

.....  
Miejscowość, data:

.....  
Podpis rodziców lub opiekunów:

### III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA

**DZIECKA:** (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki, w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny, itp.)

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

Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

.....  
Data: ..... Podpis rodziców lub opiekunów: .....

**W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam zgodę  
na jego leczenie szpitalne,  
zabiegi diagnostyczne, badania i operacje.**

Data: ..... Podpis rodziców lub opiekunów: .....

### IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH

tęzec: ....., błonica: ....., dur: ....., inne: .....

według kalendarza szczepień ochronnych

.....  
Data: ..... Podpis rodziców: .....

### V. INFORMACJE O ZAINTERESOWANIACH DZIECKA:

(czy należy do jakiegoś zespołu, czy uprawia jakąś dyscyplinę sportu, gra na instrumencie, itp.)

.....

### VI. NR i SERIA Dowodu Osobistego lub Paszportu (dziecka)

.....

### VIII. ZOBOWIĄZANIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

W n/w przypadkach zobowiązuję się do:

- pokrycia kosztów za umyślną dewastację sprzętu
- odbioru z placówki kolonijnej dziecka na własny koszt w przypadku łamania regulaminów obowiązujących uczestników na placówce wypoczynku, a w szczególności za spożywanie alkoholu, palenie tytoniu oraz używanie środków odurzających.

.....  
Data: .....

.....  
Podpis rodziców lub opiekunów: .....

### IX. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na OM HISZPANIA w terminie: 01-11.07.2023

.....  
Miejscowość, data: .....

.....  
Podpis kierownika kolonii: .....

### X. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU:

Dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu: .....

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

.....  
Miejscowość, data: .....

.....  
Podpis: .....