

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 CHORWACJA**
2. **Miejsce:** **APARTMANI MEDENA D.D.**
Hrvatskih žrtava 187, 21218 Seget Donji,
Republic of Croatia, registration number: 0302309
3. **TELEFON** **17 7885222**
4. **Czas trwania turnusu:** **31.07-09.08.2023**

(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: **2 399,00 + 100 EUR**

Wyrażam zgodną 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 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

tężec:, 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 CHORWACJA w terminie: 31.07.-09.08.2023

.....
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