

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU



I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU (wypełnia Opiekun)

1. Forma wycieczki: półkolonie / obóz sportowy

2. Miejsce:

.....

.....

3. Termin:

.....

II. DANE DZIECKA I OPIEKUNA (wypełnia Opiekun)

imię i nazwisko dziecka: data urodzenia: PESEL:

adres zamieszkania:

imię i nazwisko rodzica/opiekuna: adres zamieszkania rodzica/opiekuna:

.....

telefon: email:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Zgrupowania, akceptuję jego warunki oraz zobowiązuję się do zapoznania z jego treścią dziecka oraz, w razie takiej potrzeby, wyjaśnienia mu jego postanowień.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (wypełnia Opiekun)

istotne dane o stanie zdrowia, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie

.....

.....

alergie / nietolerancje (w tym pokarmowe)

.....

.....

leki stałe (problem zdrowotny, dawkowanie)

LEKI STAŁE PRZYJMOWANE W CZASIE OBOZU: TAK NIE

.....

.....

inne (np. reakcja na jazdę samochodem, aparat ortodontyczny, okulary)

CHOROBA LOKOMOCYJNA: TAK NIE

.....

informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych (np. niepełnosprawność, niedostosowanie społeczne)

.....

.....

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH (wypełnia Opiekun)

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

lub załączenie kserokopii książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

.....
data i podpis lekarza lub opiekuna

V. ZGODY I OŚWIADCZENIA (wypełnia Opiekun)

Oświadczam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku. data i podpis rodzica/opiekuna
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej dla potrzeb niezbędnych dla zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 922)). data i podpis rodzica/opiekuna
Upoważniam wychowawcę/kierownika wypoczynku do podawania dziecku leków objawowych (OTC – bez recepty) lub leków przepisanych przez lekarza. data i podpis rodzica/opiekuna
Upoważniam wychowawcę/kierownika wypoczynku do podejmowania niezbędnych decyzji w sprawie podjęcia leczenia szpitalnego, zabiegów diagnostycznych i operacji w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka <u>w przypadku braku możliwości natychmiastowego skontaktowania się z opiekunem dziecka wskazanym w niniejszej Karcie Kwalifikacyjnej.</u> data i podpis rodzica/opiekuna
Wyrażam zgodę na transport uczestnika obozu prywatnym lub służbowym pojazdem zapewnionym przez organizatora w przypadku konieczności dojazdu do ośrodka, lekarza lub szpitala. data i podpis rodzica/opiekuna

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA (wypełnia Organizator/Kierownik wypoczynku)

Organizator postanawia:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu na:

.....
data i podpis organizatora

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU (wypełnia Organizator/Kierownik wypoczynku)

Dziecko przebywało na zgrupowaniu w od dnia do dnia

.....
data i czytelny podpis kierownika wypoczynku

VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (zachorowania, urazy, leczenie itp.)

(wypełnia Organizator/Kierownik wypoczynku)

.....
miejsowość, data i podpis kierownika wypoczynku

VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU (wypełnia Wychowawca)

.....
miejsowość, data i podpis wychowawcy

DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU (dotyczy wyjazdu na obóz)

Zalecamy przygotowanie dla dziecka **MINI-APTECZKI**, którą należy przekazać kadrze przed odjazdem. W mini-apteczce powinny znajdować się środki, na które dziecko reaguje najlepiej w razie dolegliwości takich, jak np.:

ból brzucha / biegunka / ból głowy / ból gardła, chrypka i inne, które mogą doskwierać dziecku

* Do mini apteczki należy włożyć np. pół blistra tabletek, kilka saszetek herbatki ziołowej itp. Prosimy nie pakować całych opakowań leków ponieważ kadra nie będzie miała ich gdzie przechowywać (takich apteczek będzie tyle ilu uczestników, ponad 30).

* Każda apteczka musi być wyraźnie podpisana imieniem i nazwiskiem dziecka.

Poniżej należy wpisać:

- wskazówki co do postępowania w razie wystąpienia dolegliwości zdrowotnych, jak na przykład ból głowy, ból brzucha, biegunka i in. (co kadra może w takim przypadku podać dziecku, w jakiej dawce, z jaką częstotliwością)
- spis lekarstw, które dziecko otrzyma w mini-apteczce wraz z dawkowaniem
- spis lekarstw zżywanych stale wraz z dawkowaniem (jeżeli dotyczy)

nazwa leku dolegliwość dawkowanie

.....

nazwa leku dolegliwość dawkowanie

.....

nazwa leku dolegliwość dawkowanie

.....

nazwa leku dolegliwość dawkowanie

.....

nazwa leku dolegliwość dawkowanie

.....

nazwa leku dolegliwość dawkowanie

.....

nazwa leku dolegliwość dawkowanie

.....

.....

.....
data i podpis rodzica/opiekuna