## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII „FERIE BEZ NUDY”

## – WNIOSEK RODZICA

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: **półkolonie.**

2. Termin wypoczynku: **30 stycznia – 3 lutego 2023 r.** /w godzinach 9.00- 15.00 /.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

**Szkoła Podstawowa nr 2 im. Janusza Korczaka w Węgorzewie, ul. Zamkowa 6/ 11-600 Węgorzewo / tel. 87 427 21 70**

4. Organizator: **Stowarzyszenie „Helwing”**

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

## INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (wypełnia rodzic)

* 1. Imię (imiona) i nazwisko ……………………………………………………………………………
  2. Imiona i nazwiska rodziców …………………………………………………………………………

3. Rok urodzenia ………………………………………………………………………….…………

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………..…………………………………………….

1. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

…………………………………………………………………………………………………………..………

1. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku ………………………………………………………….…
2. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy dziecko jest na coś uczulone? **Dotyczy także pokarmów** | **Tak** (na co, czego dziecko nie może jeść?)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | **Nie** |
| Czy istnieją przeciwwskazania do wysiłku? | **Tak** (jakie?)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | **Nie** |
| Czy dziecko cierpi na jakieś choroby lub występują u niego różne dolegliwości? | **Tak** (właściwe podkreślić)  Padaczka, krwawienie z nosa, omdlenia, duszności, silne bóle głowy, brzucha  inne (jakie?) ……………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………… | **Nie** |
| Czy dziecko przyjmuje jakieś leki? | **Tak**   * przyczyny (nazwa choroby): * ………………………………………………………………………   …………………………………………………………………………   * nazwy i dawki i godziny przyjmowanego leku:   …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………   * czy dziecko przyjmuje leki samodzielnie:   ………………………………………………………………………… | **Nie** |
| Dziecko jazdę autokarem znosi: | **Źle** (jakie środki wtedy przyjmuje?)  …………………………………………………………………………… | **Dobrze** |
| Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny lub okulary? | **Tak** | **Nie** |
| Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień) | **tężec**…………………………………………………………………………….  **błonica**………………………………………………………………………..  **dur**………………………………………………………………………………  **inne**……………………………………………………………………………... | |
| Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka | ………………………………………………………………………………………… | |

1. Informacja o specjalnych potrzebach uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających   
   z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Osoby upoważnione do odbioru dziecka (poza rodzicami lub opiekunami prawnymi)**

*Zobowiązuję się do punktualnego odbioru dziecka z kolonii. Osoby upoważnione do odbioru dziecka (prosimy podać więcej niż jedna osobę, gdyby wystąpiły jakieś nieprzewidziane okoliczności i rodzice nie mogliby odebrać dziecka)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Stopień pokrewieństwa** | **Numer dowodu osobistego** | **Podpis rodzica** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSTKIE ZNANE INFORMACJE O MOIM DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA KOLONIACH.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie zgłoszeniowej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą   
z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000)

Wyrażam zgodę na umieszczenie zdjęć wykonanych podczas półkolonii z wizerunkiem mojego dziecka   
w materiałach promocyjnych Stowarzyszenia „Helwing” i Szkoły Podstawowej nr 2 im. Janusza Korczaka   
w Węgorzewie.

W przypadku zakwalifikowania mojego dziecka na półkolonie, dokonam wpłaty **w wysokości 350 zł** w terminie do **23 stycznia 2023 r.** na konto Stowarzyszenia „Helwing” wpisując w tytule opłata za półkolonie oraz imię i nazwisko dziecka

nr konta: **BNP PARIBAS BANK POLSKA S.A.: 19 2030 0045 1110 0000 0262 1770**

…………......................... .…..........................................................

(miejscowość, data) (podpis rodzica lub opiekuna prawnego)