

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku:

obóz zimowy: **Nauka i doskonalenie jazdy na nartach**

2. Adres: Tylicz ul.Biskupa Tylickiego 11, 33-383 Tylicz

3. Organizator: BieszcZADOWO RAFAŁ PIRGA USŁUGI TURYSTYCZNE

4. Czas trwania wypoczynku: od.....do.....

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka

2. PESEL dziecka

3. Data urodzenia.....

4. Adres zamieszkania

5. Telefon dziecka

6. Nazwa i adres szkoły

DANE PERSONALNE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

Imię i nazwisko ojca oraz matki lub opiekunów

prawnych:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:

Nr. Tel:

Adres e-mail:

Adres obojga rodziców (opiekunów) w trakcie pobytu dziecka na

obozie:
.....

- Wyrażam zgodę na przewóz dziecka prywatnymi samochodami organizatorów w celu realizacji programu obozu.
- Oświadczam iż nasze dziecko oraz my rodzice (opiekunowie) zapoznaliśmy się z regulaminem obozu i zobowiązujemy się do jego przestrzegania.
- Oświadczam, że zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) zapoznałem/zapoznałam się z treścią klauzuli informacyjnej.

- Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody (niewłaściwe skreślić) na wykorzystanie zdjęć oraz filmów z wizerunkiem mojego syna/córki w materiałach reklamowych promujących BieszczADOWO RAFAŁ PIRGA USŁUGI TURYSTYCZNE.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis obojga rodziców lub opiekunów)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku.

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

.....
(data)

.....
(podpis obojga rodziców lub opiekunów)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....
(data)

.....
(podpis lekarza, obojga rodziców lub opiekunów)

V Oświadczam, że syn/córka odbył/a konsultację lekarską, podczas której nie stwierdzono żadnych przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających uczestniczenia na obozie jeździeckim (w tym w zajęciach nauki i doskonalenia jazdy konnej). Ew. zalecenia dla:

A) wychowawcy

B) służby zdrowia

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania organizatora obozu o jakichkolwiek zmianach zdrowotnych syna/córki mogących mieć wpływ na możliwość kontynuowania uczestnictwa w w/w zajęciach na obozie.

.....
Miejscowość, data

.....
(podpis obojga rodziców lub opiekunów)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
(data)

.....
(podpis obojga rodziców lub opiekunów)