



KARTĘ KWALIFIKACYJNĄ należy ODDAĆ do 9 czerwca 2023 r.

KARTA KWALIFIKACYJNA uczestnika wycieczki

Centrum Tańca Szczepan o./Gdynia, gdynia@ctszczepan.pl tel. 517 285 975

INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

Forma wycieczki: **KOLONIE 2023**

I TURNUS 26.06-01.07.2023 r. „Szczepan Summer Camp”
Hotel Wrota Kaszub ul. Konarzyńska 16, 83-430 Stara Kiszewa www.wrotakaszub.pl

DANE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Nazwisko i imię dziecka

2. Data urodzenia - - PESEL dziecka

KONIECZNIE PROSIMY PODAĆ DO UBEZPIECZENIA

3. Adres zamieszkania:

kod pocztowy miejscowość

ul. nr

4. Miejscowość i nr szkoły klasa

DANE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

Matka: telefon do mamy
(imię i nazwisko)

Ojciec: telefon do taty
(imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

.....
(podpis MATKI)

.....
(podpis OJCA)

W razie niemożności złożenia podpisu przez jednego z rodziców lub opiekunów prawnych, KONIECZNIE prosimy o adnotację.

.....

INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Przebyte choroby: (podkreślić dotyczące)

różyczka, ospa, świnka, odra, szkarlatyna, żółtaczką, astma, choroby: nerek, serca, reumatyczne

Dziecko przyjmuje stale / okresowo leki (jakie?):

.....
(prosimy dołączyć zalecenie od lekarza - nazwa leku, sposób postępowania).

Dziecko choruje na padaczkę: TAK NIE (podkreślić dotyczące)

Dziecko choruje na cukrzycę: TAK NIE (podkreślić dotyczące)

Nasilone dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku lub nadal: (podkreślić dotyczące)

drgawki, utraty przytomności, nocne moczenie, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, bóle brzucha, niedosłuch, duszności, przewlekły kaszel, anginy, krwawienie z nosa, lęki nocne, trudności w zasypianiu, szybkie męczenie, inne ?

Dziecko jest: (podkreślić dotyczące) nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, jest nadpobudliwe

Dziecko jest uczulone: TAK NIE (podkreślić dotyczące)

(podać na co, np. nazwa leku, rodzaj pokarmu, sposób postępowania)

.....
Dziecko nosi:(podkreślić dotyczące) okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne aparaty

Przeciwwskazania dotyczące ćwiczeń fizycznych, pływania, przebywania na słońcu:

.....
Jazdę autokarem znosi: DOBRZE, ŹLE (podkreślić dotyczące)

Stan skóry Stan włosów

dziecko zostało zaszczepione według kalendarza szczepień

INFORMACJA RODZICA O DZIECKU (jakie jest?, jak działa w grupie?, zalecenia dla wychowawcy)

Uczestnik wycieczki jest uczniem klasy

UPOWAŻNIENIE DO PODAWANIA LEKÓW W CZASIE WYPOCZYNKU

(Proszę wypełnić nawet w przypadku, jeśli dziecko nie przyjmuje na stałe leków.

Jakiegokolwiek leki, przepisane i zalecane przez lekarza, są podawane dopiero po telefonicznym uzgodnieniu).

Upoważniam wychowawcę kolonijnego do podawania leków dziecku
(imię i nazwisko dziecka)

podczas wycieczki w dniach od do

Data Podpis Rodzica

OŚWIADCZENIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW DZIECKA)

Niniejszym oświadczamy, iż pełna władza rodzicielska w stosunku do dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

a) przysługuje obojgu Rodzicom, tj.

b) przysługuje:
(w przypadku, gdy na mocy orzeczenia sądu – władza rodzicielska została powierzona tylko jednemu z Rodziców lub gdy władza któregoś z Rodziców została ograniczona lub zawieszona – konieczne jest przedłożenie takiego orzeczenia; to samo dotyczy przypadku, gdy na mocy orzeczenia sądu została ustanowiona opieka nad dzieckiem).

c) ewentualnie inne istotne informacje dla organizatora wycieczki, dotyczące władzy rodzicielskiej:

.....
(jeżeli jest to możliwe – należy przedłożyć dokument dotyczący takich informacji).

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA PRZEZ OSOBY INNE NIŻ RODZICE LUB PRAWNI OPIEKUNOWIE

(Proszę wypełnić w przypadku, jeśli dziecko nie będzie mogło być odebrane osobiście przez rodzica lub prawnych opiekunów)

Ja, upoważniam
(imię i nazwisko rodzica lub prawnego opiekuna)

....., legitymującego/legitymującą się
(imię i nazwisko osoby odbierającej dziecko)

dowodem osobistym numer: do odbioru mojego dziecka

....., w dniu (dniach).....
(imię i nazwisko dziecka)

i tym samym zwalniam od tego momentu organizatorów wypoczynku organizowanego przez Centrum Tańca Szczepan oraz wychowawcę z odpowiedzialności za moje dziecko.

Data Podpis Rodzica

REGULAMIN

Zadaniem organizatora jest zapewnienie jak najlepszych warunków wypoczynku, a także aktywnego uczestniczenia w życiu grupy oraz organizowania w sposób przyjemny i pożyteczny czasu wolnego.

Uczestnicy wypoczynku mają prawo do:

- spokojnego wypoczynku,
- uczestniczenia we wszystkich zajęciach, wycieczkach i imprezach organizowanych podczas wypoczynku
- korzystania ze wszystkich urządzeń i sprzętu przeznaczonego do realizacji programu znajdującego się na terenie placówki wypoczynku

Uczestnicy mają obowiązek:

1. Przestrzegać zasad bezpieczeństwa i p-poż. w budynku i poza nim.
2. Bez wiedzy wychowawcy nie opuszczać placówki wypoczynku i nie oddalać się od grupy.
3. Brać czynny udział w życiu wypoczynku i uczestniczyć w zorganizowanych zajęciach.
4. Być uprzejmym i serdecznym w stosunku do wszystkich osób przebywających na wypoczynku.
5. Przestrzegać rozkładu dnia, szczególnie ciszy nocnej.
6. Szanować cudzą i osobistą własność.
7. Dbać o estetykę oraz czystość osobistą i otoczenia.
8. Ściśle przestrzegać regulaminu wypoczynku.

Rezygnacja z udziału w wypoczynku może nastąpić jedynie na zasadach określonych w „Warunkach Uczestnictwa” (dostępne: w biurze Organizatora oraz na www.ctszczepan.pl).

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Regulaminem wypoczynku oraz Warunkami Uczestnictwa i zobowiązuję się do odpowiedzialności za przestrzeganie ich przez moje dziecko. Obowiązującą odpłatność za wypoczynek przekażę na konto do dnia wskazanego w ulotce i w Warunkach Uczestnictwa.

Wyrażam zgodę na zamieszczenie zdjęć i filmików z wypoczynków na stronie www.ctszczepan.pl i profilu firmowym FB.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje - gdy kontakt telefoniczny z rodzicem jest niemożliwy, a szybki czas reakcji konieczny jest do ratowania życia.

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

Oświadczam, że dziecko może być uczestnikiem wypoczynku, nie ma przeciwwskazań medycznych do wzmożonej aktywności ruchowej.

Data Podpis Rodzica

ZOBOWIĄZANIE DO UISZCZENIA PRZELEWEM KOSZTÓW POBYTU DZIECKA

OŚRODEK	CENA	ZADATEK <i>płatny przy zgłoszeniu</i>	I RATA <i>do 28.04.2023 r.</i>	II RATA <i>do 09.06.2023 r.</i>
KOLONIE I TURNUS 26.06-01.07.2023 r. HOTEL WROTA KASZUB	1649 zł	200 zł	500 zł	949 zł

Koszalin nr konta **61 2490 0005 0000 4600 9405 2371**

Prosimy wpisać w tytule przelewu: KOLONIE /ośrodek/temat turnusu/imię nazwisko dziecka

MOJE DZIECKO CHCE BYĆ W POKOJU Z:

.....

WYPEŁNIA ORGANIZATOR WYPOCZYNKU

VI. DECYZJA ORGANIZATORA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się:

zakwalifikować uczestnika na wypoczynek

odmówić uczestnictwa w wypoczynku ze względu

Data Podpis organizatora wypoczynku

VII. OŚWIADCZENIE WYCHOWAWCY DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Zapoznałem się z treścią karty kwalifikacyjnej

Data Podpis wychowawcy dziecka

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na wypoczynku

KOLONIE 2023

Data Podpis kierownika wypoczynku

IX. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA NA WYPOCZYNKU

.....

.....

Data Podpis lekarza lub pielęgniarki na wypoczynku