

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: półkolonia w Muzeum Lubuskim im. J. Dekerta w Gorzowie Wlkp.
2. Termin wycieczki –
3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki
 - Muzeum Lubuskie im. J. Dekerta w Gorzowie Wlkp., ul. Warszawska 35 – Filia Willa Schroedera, ul. Warszawska 35, 66-400 Gorzów Wlkp.
4. Dziecko będzie przebywało na półkoloniach w godz.: 8⁰⁰-16⁰⁰

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

3. Data urodzenia

.....

4. PESEL uczestnika

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adres zamieszkania

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

7. Numer telefonu rodziców lub opiekunów

.....

8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.

.....

.....

.....

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary).

.....
.....
.....
o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec.....

błonica.....

dur.....

inne

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

III. OŚWIADCZENIA I ZGODY

1. Zobowiązujemy się do tego, że będziemy:

- osobiście przyprawdzali i odbierali dziecko
- dziecko będzie samo przychodziło na zajęcia i domu
- dziecko będzie przyprawdzała i odbierała upoważniona osoba:

.....
(imię i nazwisko upoważnionej osoby, numer dowodu osobistego).

2. Zobowiązujemy się do zapłacenia kosztów pobytu dziecka na półkoloniach w wysokości ustalonej przez organizatora.

UWAGA!

Zwrot opłaty za turnus może nastąpić jedynie w przypadku choroby dziecka, o której organizator zostanie poinformowany najpóźniej w pierwszym dniu turnusu – przed rozpoczęciem zajęć. Zwrot nastąpi po okazaniu zaświadczenia lekarskiego o chorobie. Pojedyncze nieobecności dziecka na półkolonii nie podlegają rozliczeniu finansowemu.

3. Zgoda na udzielenie pomocy medycznej i wezwanie karetki pogotowia.

W razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka.....
.....wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody
na wezwanie karetki pogotowia, przewiezienie dziecka do szpitala i udzielenie pierwszej pomocy.

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

4. Zgoda na spacery i wycieczki poza teren Muzeum Lubuskiego.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na spacery i wycieczki mojego dziecka.....
.....wraz z grupą i pod nadzorem opiekunów
wypoczynku w ramach zajęć w czasie trwania półkolonii.

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

5. Zgoda na robienie dokumentacji zajęć.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na robienie dokumentacji mojego dziecka
..... w trakcie trwania półkolonii,
oraz na bezpłatne udostępnienie jej na stronie internetowej oraz profilach na portalach
społecznościowych muzeum (www.muzeumlubuskie.pl, facebook, instagram).

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

6. Zgoda na przejazdy komunikacją miejską.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przejazdy komunikacją zbiorową mojego dziecka
.....wraz z grupą i pod nadzorem
opiekunów wypoczynku w ramach zajęć w czasie trwania półkolonii.

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

7. Oświadczenia:

Ja niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem wypoczynku i zobowiązuję
się do przestrzegania zapisów w nim zawartych.

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

Zostałam/em poinformowana/y, że podczas pobytu dziecka na półkolonii w Muzeum
Lubuskim nie mogą być podawane żadne leki, nawet te wydawane bez recepty. Zobowiązuję
się przyprowadzać na zajęcia tylko zdrowe dziecko.

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

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

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)