

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU



MAŁA AKADEMIA WYOBRAŹNI

Lato 2019

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU	
1.	Forma wypoczynku : półkolonia
2.	Termin wypoczynku: 26.08. – 30.08.2018
3.	Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: Dom Kultury KOLOROWA ul. Sosnowskiego 16, 02-495 Warszawa
Warszawa dn. AKADEMIA WYOBRAŹNI Warszawa, ul. Skoroszewska 1b/112 NIP : 5661062615 Regon : 531540640 Tel. 602-393-297 info@akademiawyobrazni.edu.pl www.akademiawyobrazni.edu.pl	

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU			
1.	Imię (imiona) i nazwisko		
2.	Imiona i nazwiska rodziców		
3.	Rok urodzenia		klasa
4.	Numery telefonów rodziców		
(Imię i nazwisko)		(telefon)	
(Imię i nazwisko)		(telefon)	
5.	Adres zamieszkania uczestnika wypoczynku		

6.	Adres zamieszkania rodziców
7.	Informacje o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym
8.	Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym (np. jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)
o występowaniu u uczestnika wypoczynku uczulenia (proszę o podanie alergenów, czy stosowana jest dieta czy przyjmowane są leki na stałe)	

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody do samodzielnego powrotu dziecka do domu po zakończonych zajęciach programowych po godz. 16.	
Osoba upoważniona do odbioru dziecka	(podpis rodziców uczestnika wypoczynku)
Seria i nr dowodu	
Osoba upoważniona do odbioru dziecka	
Seria i nr dowodu	
Osoba upoważniona do odbioru dziecka	
Seria i nr dowodu	

Stwierdzam, że podałem(-am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na półkolonii. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem(-am) się z warunkami uczestnictwa i je akceptuję.	
(data)	(podpis rodziców uczestnika wypoczynku)

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 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych, Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. (tj. Dz.U. z 2014r., poz.1182 ze zm.) oraz zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 119/1 z 4.5.2016r.), dalej RODO	
(data)	(podpis rodziców uczestnika wypoczynku)

III. *DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU*

Postanawia się:

☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

(data)

(podpis organizatora wypoczynku)

IV. *INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE*

(data)

(podpis kierownika wypoczynku)

V. *INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU*

(data)

(podpis wychowawcy wypoczynku)