Karta kwalifikacyjna uczestnika wypoczynku

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organizator wypoczynku** |  | Szkoła pływania merlin  GRZEGORZ CHORZELEWSKI  KONCESJA ORGANIZATORA TURYSTYKI NR 650  TEL. 510 132 600 E-mail: merling06@wp.pl  Strona internetowa: www. merling.pl  NR KONTA: 21 1160 2202 0000 0003 3379 2267 |
| Informacje dotyczące wypoczynku |  | |  |  | | --- | --- | | **FORMA WYPOCZYNKU** | Obóz sportowo-rekreacyjny | | **ADRES** | Dom Wczasowy MARZENA  Rabka - Ponice 129a  34-700 Rabka-Zdrój | | **CZAS TRWANIA** | 24.06-03.07.2023 r. | |
| Informacje dotyczące uczestnika wypoczynku |  | |  |  | | --- | --- | | Imię i nazwiskO |  | | Data urodzenia |  | | pesel |  | | Imię/imiona rodziców |  | | ADRES ZAMIESZKANIA |  | | adres zamieszkania lub pobytu rodziców |  | | Numer telefonu rodziców/prawnych opiekunów |  | | adres e-mail |  | |
| Informacje rodziców/ opiekunów o stanie zdrowia dziecka |  | |  | | --- | | CZY DZIECKO JEST NA COŚ UCZULONE? (JEŚLI TAK, TO NA CO?) | |  | | CZY DZIECKO MA CHOROBĘ LOKOMOCYJNĄ? | |  | | CZY DZIECKO NOSI OKULARY? | |  | | CZY DZIECKO NOSI APARAT ORTODONTYCZNY? | |  | | CZY DZIECKO PRZYJMUJE STAŁE LEKI? (JEŚLI TAK TO JAKIE?) | |  | |  | | CZY DZIECKO STOSUJĘ SPECJALNĄ DIETĘ? (JEŚLI TAK TO JAKĄ?) | |  | |
| INFORMACJA O SZCZEPIENIACH*lub kserokopia książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień* |  | |  |  | | --- | --- | | SZCZEPIENIE OCHRONNE | **ROK SZCZEPIENJIA** | | TĘŻEC |  | | **DUR** |  | | **BŁONNICA** |  | | **INNE** |  | |
| Informacje o specjalnych potrzebach edukacyjnych ORAZ SPECYFICZNYM ZACHOWANIU DZIECKA |  | |  |  | | --- | --- | | M.IN. Potrzeby wynikające z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym |  | | **INFORMACJE O SPECYFICZNYM ZACHOWANIU DZIECKA** |  | |
| WARUNKI UCZESTNICTWA |  | 1.Rodzice zobowiązani są do wpłaty pełnej odpłatności za obóz (2350zł/os.) do 31.05.2023r. Po tym terminie organizator nie przewiduje zwrotu kosztów.  2. Rodzice zobowiązują się do zapłaty zadatku w wysokości 500 zł do 31.03.2023 r. W przypadku rezygnacji uczestnika zadatek nie ulega zwrotowi.  3.Organizator zastrzega sobie prawo do wykreślenia uczestnika z listy obozowej w przypadku braku pełnej wpłaty do 31.05.2023 r. bez zwrotu zadatku.  4.Rodzice mają prawo zrezygnować z uczestnictwa dziecka w obozie najpóźniej do 17.05.2023 r. – nie otrzymując zwrotu zadatku.  5.W razie konieczności wyrażam zgodę na transport dziecka prywatnym samochodem do najbliższej placówki zdrowia oraz wykonanie niezbędnych badań jakie zaleci lekarz (m.in. prześwietlenia RTG, pobranie krwi)  6. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.  7. 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.).  8.Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na zamieszczanie zdjęć z wypoczynku dziecka na str. internetowej: www.merling.pl oraz facebooku Szkoły Pływania Merlin.  **9**. **Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem obozu, akceptuję wszystkie jego warunki i zobowiązuję się (moje dziecko) do jego przestrzegania.**  **10.** **Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dot. RODO.**   |  | | --- | |  | | Data i podpis rodziców/opiekuna prawnego |  |  | | --- | |  | | Podpis uczestnika obozu(dziecka) | |
|  |  | **WYPEŁNIA ORGANIZATOR** |
| Decyzja organizatora wypoczynku o kwalifikacji uczestnika |  | **Postanawia się:**   |  | | --- | | Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek | |  | | Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu: | |  |  |  | | --- | |  | | Data i podpis organizatora (kierownika wypoczynku) | |  | |
| POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU |  | Uczestnik przebywał na obozie sportowo-rekreacyjnym w Domu Wczasowym MARZENA, Rabka - Ponice 129a, 34-700 Rabka-Zdrój od dnia 24.06.2023 r. do dnia 03.07.2023 r.   |  | | --- | |  | | Data i podpis organizatora (kierownika wypoczynku) | |
| Informacje o stanie zdrowia dziecka w czasie trwania wypoczynku |  | |  |  | | --- | --- | | **Dane o chorobach leczeniu, urazach itp.** |  |  |  | | --- | |  | | Data i podpis organizatora (kierownika wypoczynku) | |
| Informacje i spostrzeżenia wychowawcy dotyczące uczestnika obozu |  | |  |  | | --- | --- | | **Uwagi i spostrzeżenia** |  |  |  | | --- | |  | | Data i podpis wychowawcy wypoczynku | |