Karta kwalifikacyjna uczestnika wypoczynku

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organizator wypoczynku** |   | Szkoła pływania merlin GRZEGORZ CHORZELEWSKI KONCESJA ORGANIZATORA TURYSTYKI NR 650 TEL. 510 132 600 E-mail: merling06@wp.plStrona internetowa: www. merling.plNR KONTA: 21 1160 2202 0000 0003 3379 2267 |
| Informacje dotyczące wypoczynku |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMA WYPOCZYNKU** | Obóz sportowo-rekreacyjny |
| **ADRES** | Dom Wczasowy MARZENARabka - Ponice 129a34-700 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 |

 |