#### KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma placówki wypoczynku: wypoczynek wyjazdowy – obóz
2. Adres placówki:

Centrum Turystyczno - Sportowe Spółka z o.o.

z siedzibą przy ul. Kłodzkiej 16 w Nowej Rudzie,

57-402 Nowa Ruda,

Organizator:

Akademia Piłkarska Oleśnica

ul. Spokojna 7

56-400 Oleśnica

1. Czas trwania: od 15.07.2018r. do 21.07.2018r.

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka............................................................................................................................
2. Data urodzenia......................................................................................... PESEL........................................
3. Adres zamieszkania................................................................................. telefon......................................
4. Nazwa i adres szkoły................................................................................klasa.........................................
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

......................................................................................................................telefon......................................

.............................................. ...................................................

(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

................

................

................

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

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją, zabiegami operacyjnymi w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka przez kierownika wycieczki lub opiekunów. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki wszystkich mi znanych, a nie ujawnionych chorób dziecka.

# Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem obozu załączonym na stronie organizatora: http://apolesnica.pl/obozy2018/

# IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

# lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ......................, błonica ......................, dur ..........................,  
inne ...........................

.......................................... ..........................................................

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

**V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

...................................................................................................................................................................

............................................ ..................................................

(data) (podpis )

**VI. POTWIERRDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na obozie w Centrum Turystyczno - Sportowe spółka z o.o.

z siedzibą przy ul. Kłodzkiej 16 w Nowej Rudzie, 57-402 Nowa Ruda,

od dnia ........................................ do dnia ............................................... 20 ...........r.

........................................ ..........................................................................

(data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

**VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

................

................

................

................

## Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

........................................ .........................................................................

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

Zgodnie z art. 13 ust. 2. ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Informujemy, iż:

• administratorem danych osobowych Państwa dziecka/podopiecznego jest Akademia Piłkarska Oleśnica, NIP 911-200-61-36   
• podanie danych jest dobrowolne i niezbędne w celu kwalifikacji na wypoczynek oraz realizacji celów obozu sportowego.  
• przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.

Informuję, że zapoznałem/-am się z treścią powyższej informacji i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka ............................................................................................................ .

.................................................

(data i podpis)

VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

................

................

................

................

................

................

................

................

................

................

................

................

................

....................................... .........................................................

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)