

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

Wypełnioną kartę kwalifikacyjną uczestnika prosimy oddać podczas wpłacania zaliczki.

Oświadczam, że dziecko jest zdrowe i nie ma żadnych przeciwwskazań do uczestnictwa we wszystkich zajęciach podczas półkolonii letnich 2017

NAZWA/SYMBOL IMPREZY Półkolonia Konna w Szkółce Jeździeckiej Mała Holandia

MIEJSCE 83-021 Bystra w powiecie gdańskim, w gminie Pruszcz Gdański

I. WNIOSK RODZICÓW / OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA PÓŁKOLONIĘ:

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA
2. DATA I MIEJSCE URODZENIA
3. Nr PESEL
5. ADRES ZAMIESZKANIA:
6. IMIĘ I NAZWISKO MATKI / OPIEKUNA
TELEFON kom. praca.....
7. IMIĘ I NAZWISKO OJCA / OPIEKUNA
TELEFON kom. praca
8. ADRES RODZICÓW / OPIEKUNÓW w czasie pobytu dziecka na półkolonii
.....
9. **Wyrażam zgodę** na wyjazd mojego syna / córki na wyżej wymienioną imprezę i jego udział we wszystkich zajęciach rekreacji ruchowej i innych przewidzianych programem zajęć.
10. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na przewóz busem mojego syna/córki na wyżej wymienioną imprezę (dotyczy dzieci powyżej 10 roku życia)
11. **Wyrażam zgodę** na robienie zdjęć/filmowanie dziecka w celu tworzenia dokumentacji z zajęć oraz pamiątkowej kroniki a następnie ich wykorzystanie na stronie internetowej, na gazetkach w szkole, a także w materiałach promujących ofertę letnią.

.....
Miejscowość, data, podpis opiekuna

II. INFORMACJA RODZICÓW /OPIEKUNÓW O DZIECKU I JEGO ZDROWIU:

Zachowanie, choroby przewlekłe lub inne:
.....
.....

Dolegliwości lub inne objawy które występują ostatnio u dziecka:

omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bezsenność, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, niedosłuch, inne
.....
.....

Dziecko jest uczulone lub nie może stosować leków (podać nazwę leku, pokarmu

itp.

Dziecko przyjmuje stale leki (podać lek i dawkę)
.....
.....

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku, a w razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka wyrażam zgodę na wezwanie karetki pogotowia i zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje i podawanie leków.
.....

Miejscowość, data, podpis opiekuna

III. INFORMACJE O SZCZEPIENIACH I PRZEBYTYCH CHOROBYCH

Wypełnia rodzic/opiekun/pielęgniarka na podstawie aktualnej książeczki zdrowia.

Przebyte choroby zakaźne : odra..... ospa.....
różyczka świnka inne

Szczepienia ochronne: Tęzec..... błonica dur.....

.....
Miejscowość, data, podpis opiekuna/pielęgniarki

IX. DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO ODBIORU DZIECKA Z PÓŁKOLONII :

1. tel.
2. tel.

.....
Miejscowość, data, podpis opiekuna

X. TERMINY TURNUSÓW, KTÓRYCH DZIECKO BĘDZIE UCZESTNIKIEM (podkreślić)

I. turnus – od 26 czerwca do 30 czerwca

II. turnus – od 3 do 7 lipca

III. turnus – od 10 do 14 lipca

IV. turnus – od 17 do 21 lipca

V. turnus – od 24 do 28 lipca

VI. turnus – od 31 lipca do 4 sierpnia

VII. turnus – od 7 do 11 sierpnia

VIII. turnus – od 21 do 25 sierpnia

I. PRAWA I OBOWIĄZKI

1. Uczestnicy półkolonii mają obowiązek:

- przestrzegać regulaminu „Małej Holandii” podczas uczestnictwa w półkolonii,
- przestrzegać zasad higieny osobistej i bezpieczeństwa, w razie dostrzeżenia sytuacji stwarzającej zagrożenie dla życia i zdrowia innych, informować wychowawcę lub kierownika półkolonii,
- dbać o czystość i porządek oraz udostępniony sprzęt sportowy, zabawki,
- każdego dnia uczestnik powinien posiadać strój odpowiedni do warunków pogodowych,
- stosować się do poleceń wychowawców i kierownika półkolonii,
- szanować swoją i cudzą własność,
- pokrycia (przez rodziców/opiekunów) wszelkich strat materialnych przez niego spowodowanych.

2. Organizator zobowiązuje się do przeprowadzenia zajęć przez odpowiednio wykwalifikowaną kadrę nauczycieli, opiekunów i instruktorów.

Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania półkolonii w przypadku zaistnienia okoliczności niezależnych od niego lub z powodu zbyt małej ilości uczestników. W powyższym przypadku zobowiązuje się do zwrotu wpłaconej kwoty.

.....
Miejscowość, data, podpis opiekuna