



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 marca 2016 r. w sprawie wycieczek dzieci i młodzieży



Lokalna Grupa Działania „Równiny Wołomińskiej
05-240 Tłuszcz ul. Warszawska 4; KRS 0000323145; NIP 125 152 06 25

Termin wycieczki: 13 – 22.I.2018 r.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

(wypełnia organizator wycieczki)

| | |
|---|--|
| 1. Forma wycieczki : Kolonia - zimowisko | |
| 2. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji (lub trasa jeśli ma on charakter wędrowny): OW WATRA ul.3-go Maja 49 34-441 Niedzica woj.małopolskie | |
| 3. Termin wycieczki: 13 – 22.I.2018 r. | |
| podpis organizatora wycieczki | Tłuszcz 12.I.2018..... miejsowość, data |

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

(wypełniają rodzice)

| | |
|---|------------------|
| 1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika: | |
| 2. Data urodzenia uczestnika: | |
| 3. Numer PESEL uczestnika: | |
| 4. Adres zamieszkania uczestnika: | |
| 5. Dane obojga rodziców. | |
| I. Imię i nazwisko: | Telefon: mail |
| Adres | |
| II. Imię i nazwisko | Telefon: |
| Adres | |

6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

7. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie:

7.1 Uczestnik zażywa stale leki (jakie? Podać nazwę, dawkowanie):

7.2 Uczestnik ma uczulenia/alergie: tak/nie (podać na co, oraz inne istotne informacje, np. nazwa leku):

7.3 (właściwe zakreślić kółkiem): Uczestnik nosi: okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, aparat/wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne aparaty (podać jakie):

7.4 Uczestnik korzysta ze specjalnej diety (podać szczegóły):

7.5 Jazdę samochodem/pociągiem znosi dobrze/źle (zakreślić)

7.7 Inne uwagi o zdrowiu uczestnika, specjalnych potrzebach uczestnika:

8. Informacje o szczepieniu ochronnych (można też dołączyć czytelną kserokopię książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień – w takim wypadku proszę wstawić krzyżyk potwierdzający załączenie kserokopii:)

Podać rok szczepienia:

tężec:, błonica:, dur:,

inne:

NIE WYMAGANE ALE WARTO PODAĆ ROK SZCZEPIENIA DLA:

Polio:, BCG:, WZW:, ospa:

9. PONIŻSZE INFORMACJE NIE SĄ WYMAGANE LECZ ZALECA SIĘ JE PODAĆ:

W ostatnim roku uczestnik przebywał w szpitalu: tak/nie (zakreślić, jeżeli "tak" - podać powód)

Przebyte choroby (zakreślić i/lub podać rok): odra:, różyczka:, ospa wietrzna:, szkarlatyna:,

żółtaczka zakaźna:, świnka:, choroby nerek (jakie? wzw?)

....., choroba reumatyczna:, astma:, padaczka:

....., inne przebyte ważne choroby:

(właściwie zakreślić kółkiem): U uczestnika występowały w ostatnim roku lub występują obecnie: drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienia z nosa, przewlekający się kaszel (lub katar, anginy), duszność, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jąkania, inne.....

Grupa krwi uczestnika:.....

10. Numer buta uczestnika....., wzrost uczestnika, waga uczestnika

W razie zagrożenia życia uczestnika zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu uczestnika na formie wypoczynku.

Jeśli uczestnik przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam uczestnika w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego 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 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

Wyrażam zgodę na użycie wizerunku wyżej wymienionego uczestnika do celów statutowych LGD „Równiny Wołomińskiej” i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie uczestnika; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową, także tych, w których uczestniczyć będzie uczestnik; 3) użycie wizerunku uczestnika, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez LGD „Równiny Wołomińskiej”, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zmianami), bez ograniczeń co do czasu i ilości.

Wyrażam zgodę, na to aby telefon/tablet lub inne urządzenie multimedialne mojego dziecka podczas trwania zimowiska, organizowanego przez Lokalną Grupę Działania "Równiny Wołomińskiej" zostało przekazane wychowawcy.

Urządzenia te będą udostępniane po kolacji na czas 2 godzin.

Oświadczam, że zostałam poinformowana(y), znam i akceptuję warunki uczestniczenia wyżej wymienionego uczestnika w wyżej wymienionym wypoczynku, w szczególności w zakresie:

- 1.Opieki wychowawczej, instruktorskiej
- 2.Terminu wypoczynku, miejscu wypoczynku lub trasie wypoczynku.
3. Programu wypoczynku
- 4.Regulaminu wypoczynku
5. Noclegów i wyżywienia.

6. Charakteru zajęć i dyscypliny uczestników.
7. Ekwipunku i wyposażenia uczestników.
8. Kosztów uczestnictwa.

Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów wypoczynku uczestnika w wysokościzł

słowniezł

.....
miejsowość, data

.....
podpisy obojga rodziców/pelnoletniego uczestnika wypoczynku

(Dla dzieci rolników ubezpieczonych w KRUS koszt wynosi 400,00 zł.; dla pozostałych uczestników koszt wynosi 1 200,00 zł.)

III. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

(wypełnia organizator wypoczynku)

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek/ Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu (niepotrzebne skreślić):

.....

.....
data

.....
podpis organizatora

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

(wypełnia kierownik wypoczynku)

Uczestnik przebywał (podać adres miejsca wypoczynku):

.....

od dnia do dnia r.

.....
data

.....
podpis kierownika wypoczynku

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis kierownika wypoczynku

VI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

(wypełnia wychowawca wypoczynku)

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis wychowawcy

Egzemplarz FSUSR

Oświadczenie rodziców /opiekunów prawnych o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

.....
(imię i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów)

zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn.zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka/dzieci:

.....
(imiona i nazwiska dzieci – uczestników wycieczki)

przez Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników dla potrzeb kontroli, rozliczenia i sprawozdawczości dofinansowania przyznanego na zorganizowanie wycieczki zimowej w ramach promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.

.....
Data i miejscowość

.....
Podpis rodziców/prawnych opiekunów

Egzemplarz LGD

Oświadczenie rodziców /opiekunów prawnych o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

.....
(imię i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów)

zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn.zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka/dzieci:

.....
(imiona i nazwiska dzieci – uczestników wycieczki)

przez Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników dla potrzeb kontroli, rozliczenia i sprawozdawczości dofinansowania przyznanego na zorganizowanie wycieczki zimowej w ramach promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.

.....
Data i miejscowość

.....
Podpis rodziców/prawnych opiekunów