**KARTA KWALIFIACYJNA UCZESTNIKA OBOZU**

# INFORMACJA ORGANIZATORA OBOZU DLA DZIECI :

1. Organizator: Kościół 5N w Poznaniu
2. Forma: Chrześcijański Obóz dla dzieci w wieku 8 – 12 lat
3. Adres: Ośrodek „Agape”, Marylin 15 gm. Drawsko Polska
4. Czas trwania obozu: 15 do 25 sierpnia 2019 r.
5. Koszt obozu: 980,-
6. Sposób dowozu i odbioru dzieci: indywidualnie
7. Kierownik obozu: Dorota Nowakowska, ul. Kuźnicza 10/6, 60-241 Poznań, tel. 502 042 629,

e-mail: dorota\_nowakowska@vp.pl

# Do dnia 10 czerwca 2019 r., należy wysłać kartę kwalifikacyjną na adres kierownika obozu oraz zaliczkę w wysokości 350,- z dopiskiem imię i nazwisko uczestnika Marylin 2019 , na konto PKO S.A. Nr 58 1240 6566 1111 0010 7867 2425

# INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka:

rozmiar koszulki:

1. Imiona i nazwiska rodziców:

1. Data urodzenia dziecka:

1. Adres zamieszkania dziecka:

Adres e-mali rodzica/prawnego opiekuna:

Numer telefonu rodziców/prawnych opiekunów: Ojciec ……………………., Matka ………………

1. Adres rodziców / opiekunów w czasie pobytu dziecka na obozie:

1. Zaliczkę w wysokości 350 PLN wpłacono dnia ……………………na konto PKO S.A. Zobowiązuję się do uiszczenia pozostałych kosztów obozu w wysokości: 630 PLN (słownie: sześćset trzydzieści złotych) w pierwszym dniu pobytu dziecka na obozie, podczas rejestracji lub przelewem do dnia 02 sierpnia 2019 r.

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

1. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie

(np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny, okulary…)

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub kserokopia z książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

tężec ……………………………………………… błonica …………………………………………… dur ……………………………………………….. inne ……………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku**:

1. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone? ( czy jest na specjalnej diecie )
2. Czy dziecko przyjmuje stałe leki? Jakie i w jakich dawkach?
3. Stan skóry , włosów…

# STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU,

**KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE, A W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA LUB ZDROWIA MOJEGO DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, INTERWENCJĘ CHIRURGICZNĄ.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia mojego dziecka uczestniczącego w wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r., o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)**

Data: ............. Podpis lekarza lub pielęgniarki lub rodzica / opiekuna:........................................

(wypełnia organizator lub kierownik obozu)

# DECYZJA ORGANIZATORA OBOZU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA OBOZU DO UDZIAŁU W OBOZIE

Postanawia się:

* zakwalifikować i skierować uczestnika na obóz;
* odmówić skierowania uczestnika na obóz ze względu ……………………………………………………

# POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE

Uczestnik przebywał na obozie Chrześcijański dla dzieci w Marylinie 15 gm. Drawsko od dnia …………………………………. godz. …………………… do dnia ………………………………………………, godz. …………………..

Marylin dnia …………………………….. Podpis kierownika obozu: ……………………………

# INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE

(informacja o zachorowaniach , urazach, leczeniu)

**…………………………………… ……………………………………………….**

Miejscowość, Data: Podpis kierownika obozu

# UWAGI WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU NA OBOZIE