

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. Rodzaj placówki wypoczynku : **PÓLKOLONIA**
2. Adres placówki: **Regionalne Centrum Kultur Pogranicza,
38-400 Krosno, ul. Kolejowa 1**
3. Organizator: **Regionalne Centrum Kultur Pogranicza,
38-400 Krosno, ul. Kolejowa 1; tel. 13 43 218 98, e-mail: rckp@rckp.krosno.pl**
4. Czas trwania: **29 stycznia – 2 lutego 2024 r.**

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

1. Imię i nazwiska dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania.....
.....
4. Numer PESEL.....
5. Numer legitymacji szkolnej.....
6. Nazwa i adres szkoły, klasa.....
7. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów)
-
8. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.....
.....
9. Telefon kontaktowy
10. Adres e-mail.....

.....
(data)

.....
(podpis matki / opiekuna)

.....
(podpis ojca / 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 podałem(am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogłyby pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

.....
(data)

.....
(podpis matki / opiekuna)

.....
(podpis ojca / opiekuna)

IV. ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) NA UDZIELENIE POMOCY MEDYCZNEJ

Wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej podczas trwania półkolonii.

.....
(data) (podpis matki / opiekuna) (podpis ojca / opiekuna)

V. ZOBOWIĄZANIA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

1.Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości **600 zł (550 zł z KKM)** najpóźniej do **19.01.2024 r.**

2.Zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych szkód wyrządzonych przez moje dziecko podczas trwania turnusu.

3.Przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, że RCKP nie bierze odpowiedzialności za utracone w czasie obozu rzeczy i przedmioty wartościowe.

.....
(data) (podpis matki / opiekuna) (podpis ojca / opiekuna)

VI. INFORMACJE O SZCZEPIENIACH I PRZEBYTYCH CHOROBYCH (wypełniają rodzice/opiekunowie na podstawie aktualnej książeczki zdrowia)

Przebyte choroby zakaźne(podać rok): odra..... ospa.....

różyczka..... świnka

inne.....

Szczepienia ochronne: tężecbłonica..... dur.....

Inna uwagi:.....

.....
(data) (podpis matki/ojca/opiekuna)

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

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

.....
(data) (podpis osoby upoważnionej)

X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY, INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU NA OBOZIE

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

miejsowość, data

podpis wychowawcy lub instruktora