



# STOWARZYSZENIE MŁODA ALWERNIA

www.smalw.pl

adres: 32-566 Alwernia ul. Zięby 1, telefon kontaktowy: +48 504 384 224; e-mail: [prezes@smalw.pl](mailto:prezes@smalw.pl)

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: wymiana młodzieży PROJEKT „Bocal tv”
2. Adres:
  - Camping Municipal "Les Micelles" rue Jules Jules Jeunet 22770 Lancieux, Francja
  - Centre d'Hebergement Kellerman, 17 Boulevard Kellerman, Francja
3. Telefony:  
Kierownik Wycieczki: Aneta Głowicka +48 504 384 224  
Wychowawca: Jagoda Jaśko +48 793 323 059
4. Czas trwania wymiany: od 13 lipca 2017r. do 24 lipca 2017r.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wycieczki)

### II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka.....wiek .....
2. Data urodzenia.....  
PESEL.....  
Miejsce urodzenia.....
3. Adres zamieszkania dziecka .....
- Telefon komórkowy dziecka podczas trwania turnusu .....
4. Nazwa i adres szkoły.....
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki:  
.....telefon.....
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 1 000 zł  
(słownie złotych: jeden tysiąc)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)

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

1. Przebyte choroby *(podać w którym roku życia)*: odra ....., ospa ....., różyczka..... świnka....., żółtaczkę zakaźną ..... szkarlatyna ....., koklusz....., inne choroby .....
2. Interwencje chirurgiczne/zabiegi (wyrostek tak/nie\*) inne wykonane w ostatnim roku .....
3. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie *(niepotrzebne skreślić)*: drgawki, omdlenia, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, częste bóle głowy, częste bóle brzucha, trudności w zasypianiu, tiki, lęki nocne, wymioty, krwawienia z nosa, przewlekły kaszel, przewlekły katar, bóle stawów, duszności, szybkie męczenie się, niedosłuch, jękanie, inne *(jakie)*.....
4. Dziecko *(niepotrzebne skreślić)* - jest nieśmiały, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, jest nadpobudliwy, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka:.....
5. Dziecko jest / nie jest *(niepotrzebne skreślić)* uczulone; *(gdy występują uczulenia podać na co, oraz zalecane działania w przypadku wystąpienia)* na: .....
- Zalecenia dotyczące diety dziecka: .....
- Występujące alergie oraz zalecane działania w przypadku wystąpienia .....
- Dziecko nosi: okulary, soczewki kontaktowe, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne *(niepotrzebne skreślić)*, inne .....
6. Jazdę samochodem dziecko znosi: dobrze / źle *(niepotrzebne skreślić)*
7. Podróż samolotem dziecko znosi: dobrze / źle / nie podróżowało wcześniej *(niepotrzebne skreślić)*
8. Dziecko nie przyjmuje stałych leków\*  
Dziecko przyjmuje stałe leki *(podać jakie i w jakich dawkach)\** *(\*niepotrzebne skreślić)* .....
9. Inne uwagi o zdrowiu dziecka oraz informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym .....
10. Wyrażam zgodę na podanie dziecku leków wg oddzielnie załączonej i podpisanej przeze mnie specyfikacji i instrukcji podawania leków.

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU**

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)

**W razie zagrożenia życia dziecka, zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacyjne.**

**UWAGI oraz szczególne zalecenia:** .....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)

#### **IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH**

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

inne .....

.....  
(data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki lub matki, ojca lub opiekuna)

**V. DODATKOWA INFORMACJA O DZIECKU** (inne ważne informacje o dziecku dla kadry – wypełnia rodzic lub opiekun)

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

#### **VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA** (wypełnia **ORGANIZATOR**)

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....  
(data)

.....  
(podpis )

## VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na WYPOCZYNKU: wymiana młodzieży PROJEKT „Bocal tv”  
od dnia 13 lipca 2017r. do 24 lipca 2017 r. we Francji.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

## VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

(data i podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

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

(data i podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

### Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

## IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)

**WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZAWARTYCH W CZĘŚCI II, III, IV i VIII KARTY KWALIFIKACYJNEJ W ZAKRESIE NIEZBĘDNYM DLA BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY ZDROWIA DZIECKA**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)

## OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka .....  
w wymianie młodzieży w ramach projektu „**Bocal tv**”, warsztatach, wycieczkach, wyjazdach, spacerach, kąpielach w basenie, pływaniu kajakiem, i innych formach wyjść i zajęć organizowanych w ramach projektu „**Bocal tv**” objętych programem wypoczynku wymiany młodzieży w terminie od 13 lipca 2017 r. do 24 lipca 2017 r. a także uczestnictwo w zajęciach odbywających się w ramach harmonogramu projektu.

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie w celach związanych z organizacją wypoczynku oraz realizacją projektu „**Bocal tv**”, danych osobowych mojego dziecka zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. , nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Wyrażam zgodę na: przetwarzanie i wykorzystywanie wizerunku mojego Dziecka poprzez zamieszczanie zdjęć, filmików na stronie internetowej Stowarzyszenia Młoda Alwernia, facebooku Stowarzyszenia Młoda Alwernia oraz Partnerów projektu „**Bocal tv**”, w którym dziecko uczestniczy, zamieszczanie zdjęć na tablicach informacyjnych, gazetkach, płytach CD, ich publikację prasową, a także publikowanie nagrań radiowych i telewizyjnych i innych związanych z działalnością Stowarzyszenia Młoda Alwernia oraz promocją projektu, z udziałem mojego Dziecka, a także w celach promocyjno-marketingowych organizatorów wypoczynku, zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2000 r. nr 80 poz. 904 z późn. zm.)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa oraz z Dodatkowymi Warunkami Uczestnictwa w Projekcie.

Przyjąłem/Przyjęłam do wiadomości i stosowania.

.....  
(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)