

KARTA UCZESTNIKA ODJAZDOWE FERIE 2015



I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:

1. Forma wypoczynku: Obóz zimowy „ODJAZDOWE FERIE 2015”
2. Adres: Ośrodek Wypoczynkowy „Dom pod lasem”, ul. Sądelska 127a, Murzasichle 34-531
3. Czas trwania: 29.01-07.02.2015 r. (10 dni)
4. Organizator: Stowarzyszenie Równych Szans, ul. Dąbrowskiego 86, 65-021 Zielona Góra

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIU DZIECKA NA WYPOCZYNEK

Lp	DANE KONTAKTOWE	WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN (drukowanymi literami)
1	Imię i nazwisko dziecka	
2	Data urodzin dziecka	
3	PESEL dziecka	
4	Adres zamieszkania (w tym powiat, województwo)	
5	Telefon kontaktowy <u>Matki/opiekuna</u>	
6	Telefon kontaktowy <u>Ojca/opiekuna</u>	
7	Nazwa i adres szkoły dziecka	
8	Klasa	
9	Adres rodziców/opiekunów podczas pobytu dziecka na wypoczynku	
10	Adres e-mail rodzica/opiekuna	

.....
(miejsowość, data)

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

III. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka*: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, inne

.....

2. Przebyte choroby (podać, w którym roku)*: żółtaczką zakaźną, dur (tyfus) brzuszny, błonica, inne choroby zakaźne, zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie ucha, częste anginy, cukrzyca, padaczka, inne choroby

3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu*: nie, tak - podać powód

4. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone

5. Czy dziecko otrzymywało surowice (jaka, kiedy)

6. Jak dziecko znosi jazdę środkami lokomocji*: dobrze, źle

7. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka

*** proszę zaznaczyć**

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

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....
(data)

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

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

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

.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis kierownika)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU.

Dziecko przebywało na..... w ośrodku
(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dniado dnia20.....r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

ORGANIZATOR INFORMUJE RODZICÓW O LECZENIU AMBULATORYJNYM LUB HOSPITALIZACJI DZIECKA.

.....
(miejscowość, data)

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

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

.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy/kierownika)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV, VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
(data)

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



.....
(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna)

.....
(miejscowość i data)

ZGODA RODZICÓW

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka
PESEL.....na obozie zimowym w Murzasichle w terminie
29.01-07.02.2015r. organizowanym przez Stowarzyszenie Równych Szans, ul. Dąbrowskiego 86, 65-021
Zielona Góra.

1. Zapoznałem/am się z programem obozu oraz warunkami uczestnictwa zamieszczonymi na stronie internetowej stowarzyszenia i akceptuję je.
2. Zobowiązuję się do pokrycia szkód poczynionych przez moje dziecko podczas obozu zimowego.
3. W przypadku choroby syna/córki lub naganego zachowania, zobowiązuję się zapewnić mu bezpieczny powrót do domu. Jednocześnie zobowiązuję się pokryć koszt zakupu lekarstw.
4. W razie silnego bólu zgadzam się na podanie mojemu dziecku środka przeciwbólowego, (podać nazwę) na który syn/córka nie jest uczulony.
5. Zaopatrzę dziecko w środki higieny osobistej oraz odzież w oparciu o niezbędnik uczestnika znajdujący się na stronie internetowej stowarzyszenia (www.srs.zgi.pl) na czas pobytu na obozie.
6. Oświadczam, iż moje dziecko w ramach akcji zimowej w 2015 korzysta z dotacji KRUS tylko podczas obozu organizowanego przez Stowarzyszenie Równych Szans z Zielonej Góry.

Ponadto:

- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i dziecka danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do organizacji wypoczynków realizowanych przez Stowarzyszenie Równych Szans (zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. Nr 133, poz. 883)
- wyrażam zgodę na publikowanie wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej i w innych publikacjach stowarzyszenia, zawierających zdjęcia z przebiegu wypoczynków.

Telefon kontaktowy do rodziców/opiekunów:

.....
(data)

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

.....
(pieczętka oddziału KRUS)

.....
(miejscowość i data)

WZÓR

ZAŚWIADCZENIE KRUS RODZICA/OPIEKUNA

/dotyczy ubezpieczenia w pełnym zakresie/

**PROSIMY O DOSTARCZENIE
ORYGINAŁU ZAŚWIADCZENIA KRUS**

Niniejszym zaświadcza się, iż Pan/Pani.....

ur.zamieszkały/a.....

podlega ubezpieczeniu Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego rolników w pełnym zakresie
tj. ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe od dnia..... do
nadal.

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Stowarzyszeniu Równych Szans.

.....
(pieczętka i podpis os. upoważnionej KRUS)