

I. KARTA KWALIFIKACYJNA PAD ZIMĄ 2022

1. Półkolonia 2. Termin 14-19.02.2022 r. 3. ul. Opalińskiego 7, 37-700 Przemyśl, Parafia pw. św. Benedykta Cyryla i Metodego w Przemyślu (Kazanów)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCA UCZESTNIKA:

1. Nazwisko i imię uczestnika/dziecka:
2. Imiona i nazwiska rodziców:
3. Rok urodzenia: klasa
4. Adres zamieszkania:
5. PESEL do ubezpieczenia :
6. Adres zamieszkania rodziców:
7. Numer telefonu rodziców/osoby do kontaktu w razie wypadku:
8. Info o specjalnych potrzebach (niepełnosprawność, niedostosowanie społeczne)
.....
9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (*np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary*):
.....
oraz o szczepieniach ochronnych
tęzec błonica inne

- ❖ Zaświadczam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o zdrowiu uczestnika, które pozwolą na zapewnienie właściwej opieki podczas pobytu na PAD.
- ❖ Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę, aby w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka, mogło być poddane opiece zdrowotnej przez kierownika wycieczki
- ❖ Zobowiązuje się do odebrania dziecka z PAD jeśli pojawią się objawy chorobowe obligujące do opuszczenia PAD.
- ❖ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu do celów związanych z organizacją PAD oraz na przetwarzanie wizerunku dziecka do celów związanych z promocją wydarzenia.
- ❖ Niniejszym oświadczam, że ponoszę wszelką odpowiedzialność za wszystkie sprzęty i urządzenia elektroniczne posiadane przez dziecko oraz uszkodzone przez dziecko.
- ❖ Biorę odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w drodze na PAD i w drodze powrotnej do domu.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

III. DECYZJA ORGANIZATORA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA:

zakwalifikować odmówić

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

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA:

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wycieczki)