

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU / KOLONII

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wycieczki: **Obóz zimowy Harrachov 2019**
2. Adres placówki: **Hotel Fit Fun Ryžoviště 427, 512 46 Semily-Harrachov, Czechy**
3. Czas trwania: **26.01 – 02.02.2019**

.....
(miejsowość, data).....
(pieczęć i podpis organizatora wycieczki)

II. DANE UCZESTNIKA OBOZU

1. Imię i nazwisko uczestnika
2. Data urodzenia 3. PESEL 4. telefon uczestnika
5. Adres zamieszkania
6. Nazwa i adres szkoły klasa
7. Adres rodziców /opiekunów w czasie pobytu uczestnika w placówce wycieczki:

..... telefony e-mail

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

III. WNIOSEK RODZICÓW /OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA/PODOPIECZNEGO NA OBÓZ

1. Wysyłając dziecko/podopiecznego na obóz przyjmuję do wiadomości, że:
- a) Uczestnik obozu zobowiązany jest stosować się do wszystkich regulaminów obowiązujących na obozie oraz poleceń kadry, w tym kierownika, wychowawców i instruktorów.
- b) Uczestnik powinien zabrać ze sobą aktualną legitymację szkolną i książeczkę zdrowia (lub wpisać nr legitymacji ubezpieczeniowej na karcie) oraz kartę EKUZ w przypadku wyjazdów zagranicznych.
- c) Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za pieniądze, przedmioty wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez Uczestników podczas pobytu na obozie i w środkach transportu.
- d) Uczestników obowiązuje bezwzględny zakaz posiadania, spożywania i używania tytoniu, alkoholu, narkotyków oraz środków odurzających.
- e) Rodzice/opiekunowie są odpowiedzialni materialnie za szkody wyrządzone przez dziecko i z tego tytułu przyjmują na siebie pełną odpowiedzialność cywilno-prawną.
- f) W przypadku drastycznego naruszenia regulaminu lub rażącego postępowania Uczestnika, może zostać podjęta decyzja o usunięciu go z obozu i odwiezieniu do domu na koszt rodziców/opiekunów. Organizator nie zwraca pieniędzy za niewykorzystane dni obozu.
2. Niniejszym **wyrażam zgodę na udział dziecka w obozie, w szczególności na branie czynnego udziału w takich zajęciach rekreacji ruchowej jak m.in. wycieczki piesze, gry zespołowe (np. piłka, tenis stołowy), integracyjne zabawy ruchowe, kąpiele w basenie, jazdę rekreacyjną na nartach lub snowboardzie.**
3. W przypadku podejrzenia spożywania alkoholu, narkotyków lub środków odurzających wyrażam zgodę na badanie dziecka alkomatem lub testami narkotykowymi.
4. Stwierdzam, że podałam/-em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki na obozie.
5. Potwierdzam zapoznanie się ze wszelkimi informacjami zawartymi w karcie, programie imprezy, warunkach uczestnictwa, które przyjmuję do wiadomości i akceptuję.

.....
(miejsowość i data).....
(podpis matki / opiekunki)

i / lub

.....
podpis ojca / opiekuna)

IV. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka (odpowiednie podkreślić): omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bezsenność, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, urazy kończyn, inne:

.....
2. Przebyte choroby (podać rok): błonica, żółtaczka zakaźna, dur (tyfus) brzuszny, inne

3. Dziecko jest uczulone na

4. Przyjmuje stale leki w dawce

5. Jak znosi jazdę autokarem? 6. Czy nosi?: aparat ortodontyczny, okulary

7. Inne

W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

.....
(miejsowość i data).....
(podpis matki / opiekunki)

i / lub

.....
(podpis ojca / opiekuna)

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

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

2. Inne ważne uwagi

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pielęgniarki)

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

.....
.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

IX. UWAGI i SPOSTRZEŻENIA – WYCHOWAWCY, SOCJOTERAPEUTY, INSTRUKTORA - O UCZESTNIKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

.....
.....

X. SZCZEGÓLNE INFORMACJE O DZIECKU – RODZICÓW/OPIEKUNÓW, KTÓRE MOGĄ POMÓC WYCHOWAWCOM W OPIECE NAD DZIECKIEM

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

W przypadku nagłego zachorowania lub wypadku wyrażam pisemną zgodę na objęcie mojego dziecka opieką lekarską (doraźna pomoc lekarska w miejscu zakwaterowania, przewóz własnym środkiem transportu organizatora do placówki medycznej, leczenie szpitalne) oraz wyrażam zgodę na wszelkie niezbędne zabiegi medyczne mające na celu ratowanie zdrowia i życia mojego dziecka.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

Wyrażam pisemną zgodę na zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej określonej w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty tj. Ubezpieczony zwalnia leczących go lekarzy w kraju i za granicą z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyraża pisemną zgodę na udostępnienie SIGNAL IDUNA przez podmioty udzielające mu świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej z jego leczenia w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z zastrzeżeniem iż powyższa zgoda ważna jest wyłącznie pod warunkiem zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili mi lub osobie w imieniu której zawieram umowę, opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)