CENTRUM EDUKACJI EDUMOTIV

ul. Krakowska 259

32-080 Zabierzów

TEL. 734-453-479 / 606-422-528

**KARTA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII EDUMOTIV**

**W ZABIERZOWIE**

 **W DNIACH 14-18 STYCZNIA 2019**

**IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: ……………………………………………………………….......................**

**DATA I MIEJSCE URODZENIA: …………………………………………………………………………………….**

**PESEL: ……………………………………………………….**

**ADRES ZAMIESZKANIA: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**IMIĘ I NAZWISKO RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH DZIECKA ORAZ ADRES ICH POBYTU W TRAKCIE PRZEBYWANIA DZIECKA NA OBOZIE:**

Matka: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ojciec: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**TELEFON RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW DZIECKA:**

Matka: ………………………………………………...............................................

Ojciec: …………………………………………………………………………………………….

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA:**

Czy dziecko jest na coś uczulone - pokarmy lub leki? TAK / NIE

Jeśli tak, proszę konkretnie podać na co? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jak dziecko znosi jazdę samochodem/autobusem? DOBRZE / ŹLE

Data ostatniego szczepienia przeciw tężcowi ………………………………………………………………………………………….

Inne szczepienia wg kalendarza szczepień TAK / NIE

Czy dziecko zażywa stale leki? TAK / NIE

Jeśli tak, jakie? W jakich dawkach? …………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy wychowawcy są upoważnieni do podania dziecku leków? Jeśli tak, należy złożyć osobne pisemne upoważnienie z zaznaczeniem jakie leki i w jakich dawkach. TAK / NIE

Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny / okulary/ soczewki kontaktowe? ……………………………………………………………………………………………………………….

Czy dziecko ma specjalną dietę? TAK / NIE

Jeśli tak, proszę napisać jaką? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy dziecko ma problemy ze zdrowiem? Czy często się na coś skarży? …………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Inne istotne uwagi na temat zdrowia lub zachowania dziecka: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dane osób (innych niż rodzice/opiekunowie prawni) upoważnionych do odbioru dziecka z placówki – Centrum Edukacji EDUMOTIV

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Oświadczam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu dziecku właściwej opieki w czasie pobytu na półkolonii.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w Karcie Uczestnika Półkolonii Edumotiv w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka. Pozostałe kwestie związane z ochroną danych znajdują się w osobnym formularzu RODO.

DATA. CZYTELNE PODPISY RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

Decyzja o kwalifikacji uczestnika na półkolonię ……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

DATA, PODPIS KIEROWNIKA WYPOCZYNKU

…………………………………………………………………………………………………………