



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA
Ogólnopolski program aktywnej edukacji.
Młodzi dla środowiska.
Terenowe warsztaty edukacyjne.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

Organizator: **Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży Diecezji Drohiczyńskiej**

TERMIN	MIEJSCE	RODZAJ WYPOCZYNKU
	Nadbużański Ośrodek Ewangelizacji ul. Kościelna 10 17-312 DROHICZYN	OBÓZ / WARSZTAT

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis organizatora wycieczki

II. Wniosek rodziców (opiekunów) o zakwalifikowanie się dziecka na warsztaty edukacji ekologicznej.

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia PESEL

3. Adres zamieszkania: ul./miejscowość nr.....

kod pocztowy poczta.....

tel. e-mail:.....

4. Imię matki: Imię ojca:

5. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki (!)

.....

tel.(rodziców)

.....
(miejscowość, data)

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

III. Informacja o dziecku, o specjalnych potrzebach edukacyjnych dziecka, w szczególności o potrzebach wynikających z niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.

.....
.....

IV. 1. Informacja rodziców o stanie zdrowia dziecka, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary) Inne uwagi.

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

2. Informacje o przewlekłych chorobach, trwałych urazach

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

3. Informacja o szczepieniach (lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień). Szczepienia ochronne (**podać rok**) :

tężec, błonica....., dur,
inne (jakie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

Jednocześnie wyrażam zgodę na hospitalizację mojego dziecka w sytuacjach wymagających zapewnienia tej formy opieki medycznej w celu zabezpieczenia zdrowia i życia dziecka; udział mojego dziecka w badaniach lekarskich w sytuacjach tego wymagających; podanie leków mojemu dziecku zgodnie z zaleceniem lekarza.

.....
(miejscowość, data)

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

V. Akceptacja warunków wycieczki

1. Uczestnik wycieczki zobowiązany jest do przestrzegania regulaminu wycieczki i innych przepisów, z którymi zostanie zapoznany.
2. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą aktualną legitymację szkolną.
3. Kadra obozu nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe i pieniądze zgubione przez uczestnika obozu podczas podróży i w trakcie pobytu.
4. Uczestnikowi obozu zabrania się posiadania i spożywania narkotyków, alkoholu, środków odurzających oraz palenia papierosów.
5. W przypadku rażącego naruszenia regulaminu wycieczki – uczestnik może być wydalony z placówki wycieczki. W takim przypadku rodzice są zobowiązani do osobistego odebrania dziecka z placówki wycieczki lub po uzgodnieniu z kierownikiem obozu zobowiązują się do pokrycia kosztów podróży dziecka wraz z wychowawcą.
6. Rodzice ponoszą materialną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez dziecko.
7. Rodzice w przypadku zatajenia choroby dziecka sami pokrywają koszty leczenia podczas obozu.
8. Rodzice wyrażają zgodę na branie czynnego udziału przez dziecko w zajęciach ruchowych.
9. Opiekunami młodzieży podczas obozów będą nauczyciele aktywni zawodowo oraz osoby posiadające uprawnienie wychowawców.

VI. Warunki uczestnictwa:

1. Wypełnioną kartę kwalifikacyjną uczestnika należy przesłać na adres:

**Biuro KSM,
ul. Kościelna 10,
17-312 Drohiczyn**

lub dostarczyć osobiście w dniach pn. – pt. w godz. 8.00 - 16.00.

INFORMACJE i PYTANIA: numer tel. 85 655 77 55,

e-mail: ksm@ksm-drohiczyn.pl

ORGANIZATOR ZAPEWNI: noclegi, wyżywienie, kadrę kierowniczą i wychowawczą, wycieczki krajoznawcze, przejazd autokarem do ośrodka i z powrotem oraz moc atrakcji!

UCZESTNICZY POWINNI ZABRAĆ ZE SOBĄ NA OBÓZ: ważną legitymację szkolną, nakrycie głowy, obuwie sportowe, klapki pod prysznic/na plażę, leki na własne dolegliwości (również choroba lokomocyjna – zgodnie z informacją podaną w pkt IV.1 i 2 karty kwalifikacyjnej), różaniec, instrument muzyczny np. gitarę, o ile ktoś gra.

UWAGA!!!

1. Karty nie w pełni wypełnione nie będą brane pod uwagę przy kwalifikacji uczestnika!!!
2. Nie ma zgłoszeń telefonicznych!
3. Ilość miejsc jest ograniczona.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych (*tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922*) oraz wyrażam zgodę na umieszczanie wizerunku mojego dziecka w materiałach promocyjnych KSM, w mediach (prasa, telewizja, internet) w zakresie realizacji zadań związanych z promocją działalności, zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. Nr 90 z 2006 r., poz. 631 ze zm.)

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki.

Oświadczam, że z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie zapoznałam(em) się osobiście i przekazałam(em) dziecku, jak również przyjmuję do wiadomości i akceptuję.

.....
(miejsowość, data)

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

VII. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do placówki wypoczynku
2. Odmówić skierowania dziecka ze względu na

.....
(miejscowość, data) (podpis organizatora)

VIII. Potwierdzenie pobytu dziecka w placówce wypoczynku. Dziecko przebywało na obozie

w (adres miejsca wypoczynku)

w dniach.....

.....
(miejscowość, data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

IX. Informacja kierownika wypoczynku o stanie zdrowia dziecka w czasie trwania wypoczynku oraz chorobach przebytych w jego trakcie (dane o zachowaniu, urazach, leczeniu itp.) Organizator informuje o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka:

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data) (podpis lekarza, pielęgniarki)

X. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy o dziecku podczas pobytu w placówce wypoczynku

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy)

