**SPORTOWY KLUB TANECZNY MEGA DANCE**

**email:** [**megadance.biuro@wp.pl**](mailto:megadance.biuro@wp.pl) **/** [**www.megadance.pl/**](http://www.megadance.pl/) **tel: 508197804, 508141127**

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: **Ferie 2019- Półkolonia**

2. Termin wypoczynku: **……………………………………………………………………………………………………**

3. Adres wypoczynku: **Zespół Edukacyjny nr 6, ul. Przylep-8 Maja 6**

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

**II. INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka…………………………………………………………………………………………………………

2. Imiona i nazwiska rodziców ………………………………………………………………………………………………….

3. Data urodzenia....................................................................................................................................................................

4. Adres zamieszkania .........................................................................................................................................................

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

5. Nazwa i adres szkoły…………………………………………………………………………………………………………….

6. Numer telefonu rodziców/ opiekunów w czasie trwania wypoczynku

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

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

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

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

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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)

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

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

o szczepieniach ochronnych ( wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień) :

tężec ............................................................................................................................................................................................

błonica.........................................................................................................................................................................................

dur ................................................................................................................................................................................................

inne ..............................................................................................................................................................................................

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

(data) (podpis rodziców / opiekunów )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFILOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

Postanawia się1)

□ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

□ odmówić skierowania uczestnika wypoczynku na wypoczynek ze względu

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

(data) (podpis organizatora wypoczynku )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Uczestnik przebywał ............................................................................................................

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia .............................. do dnia ......................... 2019r.

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYUNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Organizator informuje rodziców/opiekunów o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

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

(miejscowość ,data) (podpis kierownika wypoczynku )