

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU****VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU****DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

.....  
 .....

.....  
 (miejscowość, data)

.....  
 (podpis wychowawcy)

**OPIEKA MEDYCZNA**

w ramach świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)

**Lekarz rodzinny dziecka i adres przychodni do której zapisany jest uczestnik:**

.....  
 .....

**OŚWIADCZENIA I ZGODY****1. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA ZAJĘĆ O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU W ZWIĄZKU Z UDZIAŁEM W ZAJĘCIACH ORGANIZOWANYCH PRZEZ SKF KLUB SPORTOWY AKCES**

Zgodnie z zapisami Ustawy o Prawie Autorskim i Prawach Pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 roku (Dz. U. z 2006 r., Nr 90, poz. 631 z późn. zm.), wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie, wykorzystanie i powielanie zdjęć oraz nagrań wykonanych podczas imprez klubie AKCES, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia. Oświadczam, że wyrażenie zgody jest równoznaczne z wykorzystaniem zdjęć i nagrań z wizerunkiem mojego dziecka w materiałach promocyjnych i umieszczeniem ich na stronie internetowej KS AKCES, facebook'u i materiałach reklamowych związanych wyłącznie z promocją działalności SKF KS AKCES.

**2. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM/EM/ SIĘ Z REGULAMINEM PÓŁKOLONII DOSTĘPNYM W BIURZE KLUBU ORAZ NA STRONIE KLUBAKCES.PL W ZAKŁADCE PÓŁKOLONIE/POÓLZIMOWISKA****3. WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DLA CELÓW ORGANIZACJI PÓŁKOLONII.**

.....

Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wycieczki: *PÓŁKOLONIA KLUB AKCES*
2. Termin wycieczki.....
3. Adres wycieczki: KLUB AKCES Olsztyn, ul. Pana Tadeusza 6A

.....  
 (miejscowość, data)

.....  
 (podpis organizatora wycieczki)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

/Wypełnia rodzic/

1. Imię /imiona/i nazwisko.....
2. Imiona i nazwiska rodziców.....
3. Data urodzenia .....
4. Pesel uczestnika wycieczki:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Adres zamieszkania .....  
 telefon .....
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców<sup>3)</sup>  
 .....
6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki  
 .....  
 .....  
 .....

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

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

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie / np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary/

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

9. Informacja o szczepieniach ochronnych / z podaniem roku /

Tęzec....., błonica....., inne .....

**Potwierdzam że, szczepienia dziecka są zgodne z kalendarzem szczepień.**

.....  
( data) (podpis rodziców uczestnika wycieczki)

---

### **III. DECYZJA ORGANIZATORA WYCIECZKI O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYCIECZKI DO UDZIAŁU W WYCIECZKI**

Postanawia się<sup>1)</sup>:

- Zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę
- Odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu na:

.....  
.....

.....  
(data) (podpis organizatora)

### **IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYCIECZKI POBYTU UCZESTNIKA WYCIECZKI W MIEJSCU WYCIECZKI**

Uczestnik przebywał

.....  
.....

(adres placówki wycieczki)

od dnia ..... do dnia ..... 20..... r.

.....  
(data) (podpis kierownika wycieczki)

---

### **V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYCIECZKI O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYCIECZKI W CZASIE TRWANIA WYCIECZKI ORAZ O PRZEBYTYCH CHOROBYCH W JEGO TRAKCIE.**

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

.....  
(data) (podpis kierownika wycieczki)