**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: **Półkolonie letnie „Siechnickie lato 2024”** z elementami programu profilaktyki uzależnień

2. Termin wypoczynku:

I turnus 01.07.2024 r. – 12.07.2024 r.

II turnus – 15.07.2024 r. – 26.07.2024 r.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

**Szkoła Podstawowa nr 2 w Siechnicach**, ul. Księżnej Anny z Przemyślidów 6, 55-011 Siechnice.

…………………………………. ………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko ………………………….……………………………………………………………...

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

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

3.Data urodzenia uczestnika …………………………………………………………………………………………………….

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku.

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

5. Adres zamieszkania uczestnika .........................................................…………..…………………………………………….

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców w czasie trwania wypoczynku..………………………………………………….

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

7. Numer telefonu rodziców, w czasie trwania wypoczynku oraz adres e-mail (wymóg niezbędny)

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

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

9.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) …………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

tężec………………………………………………………………………………………………………………… błonica………………………………………………………………………………………………………………

inne……………………………………………………………………………………………...…………………..

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

......................................... ............................................................................................. (data) *(****podpis rodziców***/***opiekunów prawnych***)

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

Postanawia się1)

zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

odmówić skierowania uczestnika 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/dzień, miesiąc, rok/.......................... do dnia /dzień, miesiąc, rok/..............................................................................................

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

|  |
| --- |
|  |

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

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

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU** ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

**VII. OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA Z PÓŁKOLONII**

* Zobowiązuję się do punktualnego odbioru dziecka z półkolonii letnich organizowanych w Szkole Podstawowej nr 2   
  w Siechnicach.
* Osoby upoważnione do odbioru dziecka:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru dziecka | Telefon | Kto to jest dla dziecka |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

(data) ***(podpis rodziców/opiekunów prawnych***)

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC   
W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

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

*(miejscowość i data) (****podpis rodziców/opiekunów prawnych****)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**WYRAŻAM ZGODĘ/ NIE WYRAŻAM ZGODY\*** NA PRZEJAZD MOJEGO DZIECKA POD OPIEKĄ WYCHOWAWCÓW GRUPY, AUTOKAREM, AUTOBUSEM LINII MIEJSKICH LUB POCIĄGIEM W RAMACH ZAPLANOWANYCH ZAJĘĆ PROWADZONYCH POZA TERENEM SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 2 W SIECHNICACH (ZAJĘCIA SPORTOWE, WARSZTATY ZAJĘCIOWE, ITP.) W CZASIE WYPOCZYNKU.

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

*(miejscowość i data) (****podpis rodziców/opiekunów prawnych****)*

**\**właściwe podkreślić***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**WYRAŻAMZGODĘ/ NIE WYRAŻAM ZGODY\*** NA UDZIELENIE PIERWSZEJ POMOCY MOJEMU DZIECKU,   
W RAZIE POTRZEBY WEZWANIA POGOTOWIA RATUNKOWEGO, NA LECZENIE SZPITALNE LUB PRZEPROWADZENIE KONIECZNEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO W CZASIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU.

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

*(miejscowość i data)* ***(podpis rodziców/opiekunów prawnych****)*

**\**właściwe podkreślić***

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

**WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY\*** NA UDZIAŁ MOJEGO DZIECKA W ZAJĘCIACH STACJONARNYCH   
I WYJAZDOWYCH ORGANIZOWANYCH PODCZAS PÓŁKOLONII W DNIACH: ………………………….

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

*(miejscowość i data) (****podpis rodziców/opiekunów prawnych****)*

**\**właściwe podkreślić***

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

**WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY\*** NA PUBLIKACJĘ ZDJĘĆ Z WIZERUNKIEM MOJEGO DZIECKA WYKONANYCH W TRAKCIE UCZESTNICTWA W PÓŁKOLONIACH W CELU ZAMIESZCZENIA ICH NA STRONIE INTERNETOWEJ GOPS I GMINY SIECHNICE.

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

*(miejscowość i data) (****podpis rodziców/opiekunów prawnych****)*

**\**właściwe podkreślić***

**WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY\*** NA SAMODZIELNY POWRÓT DZIECKA PO SKOŃCZONYCH ZAJĘCIACH

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

*(miejscowość i data) (****podpis rodziców/opiekunów prawnych****)*

**\**właściwe podkreślić***

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem wypoczynku i akceptuję jego treść.**

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

*(miejscowość i data) (****podpis rodziców/opiekunów prawnych****)*

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów za pobyt dziecka w półkoloniach „Siechnickie lato’2024 organizowanych   
w Szkole Podstawowej nr 2 w Siechnicach w wysokości **500,00 zł**

przelewem na konto o numerze:  
**64 9584 1092 2010 1000 1078 0003**

**Wpłaty proszę dokonywać do 24.05.2024 r.**

z dopiskiem **„Półkolonie letnie 2024” , Imię i Nazwisko dziecka, turnus.**

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

*(miejscowość i data) (****podpis rodziców/opiekunów prawnych****)*