

KARTA KWALIFIKACYJNA do umowy nr z dnia
zgodna z Rozporządzeniem MEN z dn. 30.03.2016 (Dz.U. poz. 452)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki/nazwa imprezy:
2. Adres ośrodka:
3. Numer turnusu: turnus odbywający się w dniach:

.....
podpis organizatora wycieczki

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. **Imię i nazwisko:**
2. **Adres zamieszkania:**
3. **Data urodzenia:** **Pesel:**
4. Imiona i nazwiska rodziców
5. Numery telefonów:
Mamy Taty Opiekuna wskazanego przez rodziców
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców
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)
- o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):
tężec
błonica
dur
inne
- oraz numer PESEL uczestnika wycieczki

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. późn. 2135, z późn. zm)).

.....
data i podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki

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

Postanawia się:



Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek/odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu*

*skreślić odpowiednie

.....
 data i podpis organizatora wypoczynku

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał: od dnia do dnia
 adres miejsca wypoczynku

.....
 data i podpis kierownika wypoczynku

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

.....
 data i podpis kierownika wypoczynku

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
 data i podpis wychowawcy wypoczynku

PYTANIA ORGANIZATORA

Informacje przekazane przez Państwa nt. dzieci są dla nas bardzo ważne. Prosimy o jak najszerszą informację, tak abyśmy mogli w pełni zaopiekować się Państwa pociechą. Zawierać ona może wszystkie istotne wiadomości, które Państwa zdaniem mogą nam pomóc w sprawowaniu opieki. Zarówno te dotyczące bezpośrednio stanu zdrowia dziecka, ale także te dotyczące jego indywidualnych zachowań, obaw, odnajdywania się w grupie rówieśniczej itp. Wszystkie te informacje pozwolą nam nie tylko troskliwie zająć się dziećmi, ale przede wszystkim odpowiednio reagować w sytuacji choroby lub wypadku.

1. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa. ataki duszności, przewlekły kaszel. Szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, urazy kończyn, inne (wymienić jakie). Prosimy o jak najszerszą informację, tak abyśmy mogli w pełni zaopiekować się Państwa pociechą (jak często występują dolegliwości opisane przez Państwa, jak w tej sytuacji Państwo postępujecie, jakie leki są stosowane, czy dziecko radzi sobie z daną sytuacją czy wymaga absolutnej opieki z naszej strony itp.).....

.....

2. Prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

- czy u dziecka występuje bezsenność
- czy dziecko śpi samodzielnie (bez rodzica)
- czy u dziecka występują lęki nocne (lub inne lęki)
- czy dziecko moczy się w nocy
- czy dziecko samodzielnie używa sztućców, je, myje się, ubiera, załatwia potrzeby fizjologiczne.....
- czy u dziecka występuje lub jest podejrzenie występowania Zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD),
jeżeli tak proszę podać szczegóły nt. możliwych zachowań dziecka i Państwa sposobów na odpowiednie reakcje :

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

3. Dziecko jest uczulone lub nie może stosować leków (proszę podać nazwę leku, pokarmu itp.)

.....

4. Proszę wpisać ewentualne potrzeby dziecka wynikające z zachowania diety. UWAGA! Warunki i specyfikę diety należy ustalić z organizatorem w chwili rezerwacji lub zaraz po zapisaniu dziecka wyłącznie drogą e-mailową: obozy w Mrówkach i Nowym Dworcu oraz Bukowinie Tatrzańskiej: paulina@sun-sport.pl, obozy w Giewartowie: agata@sun-sport.pl).

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

5. Ze względu na otrzymane w dniu 18 sierpnia 2016 roku zalecenia Ministerstwa Zdrowia, Rodzice którzy chcieliby, aby dziecko stałe przyjmowało leki w trakcie trwania obozu (dotyczy to wszystkich leków, zarówno: chorób przewlekłych, alergii, ale także witamin, suplementów diety, leków na przeziębienie i innych), zobowiązani są przedłożyć organizatorowi wypoczynku zaświadczenie lekarskie zawierające następujące informacje:

BARDZO PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA (wypełnia lekarz):

Rozpoznanie choroby:

.....

Postępowanie z dzieckiem i konieczność realizacji wskazanych stałych zleceń w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

.....

Postępowanie w razie nasilenia objawów choroby:

.....

Ewentualne ograniczenia i zalecenia dotyczące udziału dziecka w zajęciach:

.....

Nazwa leku

Sposób i ilość dawkowania leku

.....
data, pieczęć i podpis lekarza

W sytuacji, gdy rodzic/opiekun prawny przekazuje pielęgniarce (na podstawie zlecenia lekarskiego) leki, które mają być podawane dziecku musi każdy lek opisać imieniem i nazwiskiem dziecka.

6. Wyrażam zgodę na zastosowanie ogólnodostępnych leków o działaniu objawowym sprzedawanych bez recepty lekarskiej np. leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwbiegunkowe, odkażające jamę ustną, krople o działaniu miejscowym, bandaże i opatrunki, maści itp.

7. Wyrażam zgodę na dokonanie przeglądu czystości skóry głowy dziecka i w razie konieczności na zastosowanie dostępnych w aptekach preparatów likwidujących pasożyty.

8. Czy dziecko wyjeżdża po raz pierwszy samodzielnie na obóz? Jeśli tak, to czy może mieć kłopoty z aklimatyzacją?

.....
9. Oświadczam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

10. W przypadku konieczności sprawowania stałej opieki nad dzieckiem z powodu zachorowania, bądź konieczności umieszczenia go szpitalu zobowiązuję się do przejęcia opieki nad dzieckiem w ciągu 24 godzin.

11. Oświadczam, że skan karty kwalifikacyjnej, który przekazałam/em organizatorowi jest zgodny z posiadanym przeze mnie oryginałem.

12. Zobowiązuję się do aktualizacji informacji zawartych w niniejszej karcie kwalifikacyjnej w przypadku zmiany stanu zdrowia mojego dziecka lub zmiany innych istotnych informacji.

13. Kod Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla mojego województwa

14. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego