



Wpis nr 280z do Rejestru Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych
Marszałka Woj. Włp.
NIP: 618-164-29-51, Regon: 250703854,

ORGANIZATOR AKTYWNEGO WYPOCZYNKU
SUN SPORT
ul. Częstochowska 25, 62-800 Kalisz
tel. 62/ 502-45-40, 760-39-39
www.sun-sport.pl

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:

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Organizatora na zasadach i warunkach opisanych w informacji o przetwarzaniu zawartej w pkt 12 Umowy, w celu zapewnienia właściwej ochrony zdrowia Uczestnika wycieczki podczas turnusu (zapewnienie diety pożądanego punktu widzenia zdrowia dziecka, dbanie o właściwe dawkowanie leków zażywanych przez dziecko).

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 wycieczkę/odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu*

*skreślić odpowiednie

data i podpis organizatora wycieczki

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 CHOROBAH 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

PROSIMY NIE ZOSTAWIAĆ PUSTYCH MIEJSC, JEŻELI KTÓRYŚ Z PUNKTÓW NIE DOTYCZY PAŃSTWA DZIECKA
PROSIMY WPISAĆ „NIE DOTYCZY”

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 dziecko wyjeżdża po raz pierwszy samodzielnie na obóz? Jeżeli tak, to czy może mieć kłopoty z aklimatyzacją? _____

- 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:

- czy u dziecka występuje lub jest podejrzenie występowania Zespołu Aspergera, jeżeli tak proszę podać szczegóły nt. możliwych zachowań dziecka, relacji z otoczeniem: dziećmi i dorosłymi, a także podjętych przez Państwa działań i wskazówek dla wychowawcy: _____

- czy dziecko korzysta z porad psychologa lub pedagoga szkolnego, jeżeli tak prosimy wpisać z jakiegopowodu: _____

- czy dziecko chorowało lub choruje na choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe: _____

- czy dziecko przyjmowało lub przyjmuje leki psychotropowe: _____

- czy dziecko choruje na padaczkę _____

- czy dziecko choruje na cukrzycę _____

- czy dziecko miało kiedykolwiek wstrząs anafilaktyczny, kiedy i z jakiego powodu: _____

Udzielone przez Państwa odpowiedzi są konieczne dla sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem i zapewnienia mu bezpieczeństwa.

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.

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: imprezy organizowane w Mrówkach: agata@sun-sport.pl, imprezy organizowane w Giewartowie: kasia@sun-sport.pl.

5. Ze względu na otrzymane w dniu 18 sierpnia 2016 roku zalecenia Ministerstwa Zdrowia, Rodzice którzy chcieliby, aby dziecko 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 aktywnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych: _____

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.

DZIECKO NIE MOŻE SAMODZIELNIE PRZYJMOWAĆ ŻADNYCH LEKÓW. DOTYCZY TO WSZYSTKICH LEKÓW, TAKŻE PRZECIWBÓLOWYCH CZY SUPLEMENTÓW DIETY.

6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych danych osobowych mojego dziecka przez Organizatora Aktywnego Wypoczynku SUN SPORT z siedzibą w Kaliszu (62-800) przy ul. Częstochowskiej 25, nr tel. 62/ 502-45-40, 760-39-39 w celu ochrony jego życia lub zdrowia w czasie trwania wypoczynku, przy okazji niezbędnych przygotowań do realizacji usługi oraz w celu rozpatrzenia ewentualnych reklamacji.

7. 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.

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

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 w 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