



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

ORGANIZATOR AKTYWNEGO WYPOCZYNKU
SUN SPORT
ul. Szlak Bursztynowy 11, 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 wypoczynku/nazwa imprezy:
2. Adres ośrodka:
3. Numer turnusu:

podpis organizatora wypoczynku

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 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 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 wypoczynku podczas turnusu (zapewnienie diety pożądaney z punktu widzenia zdrowia dziecka, dbanie o właściwe dawkowanie leków zażywanych przez dziecko).

data i podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku

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 CHOROBYCH 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 (bezrodzica) _____
- 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 jakiego powodu:

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

- czy dziecko przyjmowało lub przyjmuje leki psychotropowe i z jakiego powodu:

- 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.

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: kasia@sun-sport.pl.

5. DOTYCZY UCZESTNIKÓW, KTÓRZY W TRAKCIE OBOZU PRZYJMOWAĆ BĘDĄ LEKI (dotyczy to wszystkich leków przyjmowanych na stałe, jak i doraźnie, np: chorób przewlekłych, alergii, ale także witamin, suplementów diety, leków na przeziębienie i innych).

Ze względu na otrzymane w dniu 18 sierpnia 2016 roku zalecenia Ministerstwa Zdrowia: Rodzice, którzy chcieliby, aby dziecko przyjmowało leki w trakcie trwania obozu zobowiązani są przedłożyć organizatorowi wypoczynku zaświadczenie lekarskie zawierające następujące informacje:

BARDZO PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA – ZALECENIA LEKARSKIEGO (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. Leki muszą znajdować się w oryginalnych opakowaniach.

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. Szlak Bursztynowy 11, nr tel. 664/932-172, 664/178-88 w celu ochrony jego życia lub zdrowia w czasie trwania wypoczynku, przy okazji niezbędnych przygotowań do realizacji usług 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 na zastosowanie dostępnych w aptekach preparatów likwidujących pasożyty.**

9. **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.**

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

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

12. **Kod Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla mojego województwa _____**

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

OŚWIADCZAM, ŻE PODAŁAM/EM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA, MOŻLIWYCH ZACHOWAŃ ORAZ PROBLEMÓW WYCHOWAWCZYCH DZIECKA, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI PODCZAS WYPOCZYNKU. W przypadku konieczności sprawowania stałej i nadmiarowej opieki nad dzieckiem z powodu zachorowania, bądź konieczności umieszczenia go w szpitalu lub w sytuacji skrajnej, przejawiającej się trudnościami wychowawczymi uniemożliwiającymi bezpieczny pobyt dziecka lub współuczestników wyjazdu, zobowiązuję się do przejęcia opieki nad dzieckiem w ciągu 24 godzin. W przypadku braku możliwości odbioru dziecka we wskazanym terminie oświadczam, że poniosę dodatkowe i uzasadnione koszty opieki nad dzieckiem, które wskaże mi Organizator.

Jednocześnie Organizator zapewnia, że dołoży wszelkich starań, aby dziecko jak najlepiej zaaklimatyzowało się podczas imprezy, aby bezpiecznie i komfortowo czuło się w grupie rówieśniczej. Ponadto Organizator w sytuacjach trudnych wychowawczo lub w przypadku kłopotów ze zdrowiem, zawsze pozostaje w kontakcie telefonicznym z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka.

data i podpis rodzica/opiekuna prawnego