



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. 664/932-172, 664/178-883
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 – ZLECENIA 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