

| <b>KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII</b>  |  |
|--|--|
| <b>I. INFORMACJE OGÓLNE</b>  |  |
| Forma wycieczki  |  |
| <input type="checkbox"/> kolonia<br><input type="checkbox"/> zimowisko<br><input type="checkbox"/> obóz<br><input type="checkbox"/> biwak<br><input checked="" type="checkbox"/> półkolonia<br><input type="checkbox"/> inna forma wycieczki   |  |
| Termin i miejsce zajęć   |  |
| <input type="checkbox"/> Turnus 1 - 04-08.07.2022<br><input type="checkbox"/> Turnus 2 - 11-15.07.2022<br><input type="checkbox"/> Turnus 3 - 18-22.07.2022<br><input type="checkbox"/> Turnus 4 - 22-29.07.2022<br><input type="checkbox"/> Turnus 5 - 01-05.08.2022<br><input type="checkbox"/> Turnus 6 - 08-12.08.2022 |  |
| Lokalizacja zajęć  |  |
| Stacja Artystyczna Rynek, ul. Rynek 4-5, 44-100 Gliwice  |  |
| <b>Data oraz podpis organizatora wycieczki</b>   |  |
| <b>II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA</b>   |  |
| Imię i nazwisko  |  |
| PESEL  |  |
| Rok urodzenia  |  |
| Adres zamieszkania   |  |
| Imiona i nazwiska rodziców   |  |
| Adres pobytu rodziców  |  |
| Numer kontaktowy rodzica   |  |
| E-mail kontaktowy rodzica  |  |

|   |   |
|---|---|
| Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym   |   |
|   |   |
| Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika, 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). W przypadku stosowania specjalistycznej diety prosimy o załączenie zaleceń lekarskich.   |   |
|   |   |
| Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku) lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.  |   |
|   |   |
| <b>Data oraz podpis rodzica lub opiekuna prawnego</b>   |   |
| <b>III. OŚWIADCZENIA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW PRAWNYCH</b>  |   |
| Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Stowarzyszenie GTW informacji o ofertach drogą elektroniczną zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144 poz 1204).  | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE            |
| Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka w celach marketingowych zgodnie z ustawą z 4 lutego 1994 r o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2006 r Nr 90 poz 631).  | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE            |
| Zezwalam na samodzielny powrót dziecka do domu o godz. 16:00.<br>Dodatkowe informacje:  | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE            |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. | <input checked="" type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |
|   |   |
| <b>Data oraz podpis rodzica lub opiekuna prawnego</b>   |   |

**IV. DECYZJA ORGANIZATORA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W ZAJĘCIACH**

Postanawia się:

- zakwalifikować i skierować uczestnika na zajęcia  
 odmówić skierowania uczestnika na zajęcia

Uzasadnienie odmowy:

Data oraz podpis organizatora wycieczki

**VI. POTWIERDZENIE POBYTU UCZESTNIKA NA ZAJĘCIACH**

Uczestnik podczas wycieczki w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ przebywał w \_\_\_\_\_

Data oraz podpis kierownika wycieczki

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

Data oraz podpis kierownika wycieczki

**VIII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA**

Data oraz podpis wychowawcy wycieczki