

KARTA INFORMACYJNA

A. INFORMACJE ORGANIZATORA

Rodzaj placówki: DOM PIELGRZYMA	Termin 7-10 lipca 2022 r.
Miejsce: STRACHOCINA	

B. PODSTAWOWE INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

Imię i nazwisko dziecka	
Data i miejsce urodzenia	Nr PESEL
Adres zamieszkania	Telefon
Nazwa i adres szkoły	
Adres rodziców (opiekunów) podczas pobytu dziecka na placówce, telefon	
Imię i nazwisko ojca (opiekuna)	Miejsce zatrudnienia ojca
Imię i nazwisko matki (opiekuna)	Miejsce zatrudnienia matki
Miejscowość i data	Podpis obojga rodziców lub (opiekunów)

C. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dzieci:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> częste bóle brzucha | <input type="checkbox"/> drgawki z utratą przytomności |
| <input type="checkbox"/> częste bóle głowy | <input type="checkbox"/> cukrzyca |
| <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel | <input type="checkbox"/> zaburzenia równowagi |
| <input type="checkbox"/> moczenie nocne | <input type="checkbox"/> szybkie męczenie się |
| <input type="checkbox"/> omdlenia | <input type="checkbox"/> lęki nocne |
| <input type="checkbox"/> krwotoki z nosa | <input type="checkbox"/> bóle stawów |
| <input type="checkbox"/> ataki duszności | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> częste wymioty | |

inne (wymienić):

2. Przebyte choroby (w którym roku):

żółtaczka zakaźna	zapalenie wyrostka
częsta anginy	dur brzuszny
blonica	zapalenie ucha
zapalenie nerek	

inne choroby zakaźne:

inne choroby:

3. Czy dziecko było w ostatnim roku w szpitalu?

- nie tak

powód

4. Na co dziecko jest uczulone?

5. Czy dziecko otrzymało surowicę?

nie

tak

jaka i kiedy?

6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem?

dobrze

źle

7. Czy dziecko nosi okulary:

nie

tak

aparatu ortopedycznego:

nie

tak

8. Czy dziecko przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach oraz inne uwagi o stanie zdrowia

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu opieki w czasie pobytu dziecka na placówce wypoczynku oraz, w razie konieczności, wyrażam zgodę na leczenie dziecka w placówkach lecznictwa zamkniętego.

Miejscowość i data

Podpis

D. ZGODA RODZICA (OPIEKUNA) DOTYCZĄCA WYKORZYSTANIA DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA

W nawiązaniu do zmian przepisów o ochronie danych osobowych i wymogiem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, oświadczam iż, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zawartych w niniejszej karcie kwalifikacyjnej do celów związanych z prawidłową organizacją i prowadzeniem placówki wypoczynku w której moje dziecko przebywa.

Miejscowość i data

Podpis

Adnotacje

Na wypoczynek należy zabrać:

- Pismo Święte
- zeszyt, długopis
- szkolny strój sportowy
- podstawowe środki higieniczne
- płaszcz przeciwdeszczowy.