



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU:

Nazwa kolonii/obozu, symbol

Termin wypoczynku

Przystań Lubniewice ul. Spacerowa 20, 69-210 Lubniewice

Adres wypoczynku

Data

Podpis organizatora wypoczynku

II . INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

Imię (imiona) i nazwisko uczestnika wypoczynku

Data urodzenia uczestnika / Nr ewidencyjny **PESEL**

Imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego

Telefony kontaktowe

Imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego

Telefony kontaktowe

Adres zamieszkania uczestnika wypoczynku

Adres zamieszkania lub pobytu rodziców /opiekunów prawnych w czasie trwania wypoczynku dziecka

Podstawowe informacje o uczestniku wypoczynku: (np.: nieśmiały, ruchliwy, towarzyski, brak koncentracji, niejadek, nie lubi zup itp.)

Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony : leki, pokarmy, ukąszenia; jak znosi jazdę samochodem, czy nosi: aparat ortodontyczny, szkła kontaktowe, okulary)

Jeśli uczestnik wypoczynku przyjmuje leki (prosimy podać nazwę leku i dawki). Przekazywane leki do podania uczestnikowi podczas pobytu na wypoczynku, muszą być opisane nazwiskiem i imieniem uczestnika. Jednocześnie rodzic/opiekun wyraża zgodę na podawanie uczestnikowi, wskazanych poniżej leków w opisanych dawkach:

INFORMACJA O SZCZEPIENIACH uczestnika wycieczki lub załączona kopia z książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne / wpisać rok / :

Tężec

błonica

dur

Inne

Wyrażam zgodę na:

- niezbędne zabiegi diagnostyczne, leczenie, operacje według zaleceń lekarskich,
- przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej przez RANCHER PT Waldemar Włoszczyński na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki oraz w celu realizacji usługi turystycznej.

Data

Podpis rodziców / opiekunów prawnych uczestnika wycieczki

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYCIECZKI
O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYCIECZKI DO UDZIAŁU W WYCIECZKI**

Postanawia się:

Zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę.

Odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu:

Data

Podpis organizatora wycieczki

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYCIECZKI POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYCIECZKI

Uczestnik przebywał na wycieczce w _____ od dnia _____ do dnia _____

Data

Podpis kierownika wycieczki

**V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYCIECZKI O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYCIECZKI
w czasie trwania wycieczki oraz o chorobach przebytych w jego trakcie**

Miejscowość, data

Podpis kierownika wycieczki

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYCIECZKI DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYCIECZKI

Miejscowość, data

Podpis wychowawcy wycieczki

DODATKOWE INFORMACJE O UCZESTNIKU I OŚWIADCZENIA RODZICA/OPIEKUNA

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, nie zostawiać pustych rubryk (jeżeli punkt nie dotyczy Państwa dziecka proszę wpisać „nie dotyczy”).

Prosimy o udzielenie wszelkich informacji dotyczących zdrowia dziecka, deficytów; rozwojowych, motorycznych, emocjonalnych lub społecznych, indywidualnych zachowań (zwłaszcza w stresujących/ nowych sytuacjach), funkcjonowania w grupie itp.

Informacje są niezbędne dla organizatora i kadry wychowawczej więc powinny zawierać wszystkie dane niezbędne do sprawowania opieki nad uczestnikiem, zapewnienia mu bezpieczeństwa oraz odpowiedniego reagowania w sytuacjach trudnych (choroby, wypadku itp.) podczas pobytu dziecka na kolonii/obozie RANCHER

1. Prosimy o odpowiedź na pytania:

- czy dziecko choruje na padaczkę TAK/NIE
- czy dziecko choruje na cukrzycę TAK/NIE
- czy dziecko miało kiedykolwiek wstrząs anafilaktyczny TAK/NIE
- czy u dziecka występują stale lub doraźne dolegliwości jak: bóle brzucha, stawów, omdlenia, wymioty, krwotoki z nosa, duszności, inne -podać jakie. W przypadku pozytywnej odp. należy opisać dolegliwość, okoliczności występowania i sposób postępowania:

.....
.....

- czy u dziecka występuje bezsenność TAK/NIE
- czy u dziecka występują lęki TAK/NIE, w przypadku pozytywnej odpowiedzi należy opisać:.....

.....
.....

- czy dziecko moczy się w nocy TAK/NIE
- czy u dziecka występuje lub jest podejrzenie występowania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) - jeżeli tak proszę opisać: szczegóły zachowania dziecka, relacji z rówieśnikami, dorosłymi, podjęte przez Państwa działania, wskazówki dla kadry wychowawczej:

.....
.....

- czy u dziecka występuje lub jest podejrzenie występowania Zespołu Aspergera, jeżeli tak proszę opisać: szczegóły zachowania dziecka, relacji z rówieśnikami, dorosłymi, podjęte przez Państwa działania, wskazówki dla kadry wychowawczej:

.....
.....

- czy u dziecka występują lub jest podejrzenie innych dysfunkcji, jeżeli tak proszę opisać: szczegóły zachowania dziecka, relacji z rówieśnikami, dorosłymi, podjęte przez Państwa działania, wskazówki dla kadry wychowawczej:

.....
.....

- czy dziecko korzysta z porad psychologa lub pedagoga TAK/NIE
- czy dziecko chorowało lub choruje na choroby psychiczne (zaburzenia nerwicowe, depresję, inne zaburzenia) TAK/NIE

.....

- czy dziecko przyjmowało lub przyjmuje leki psychotropowe TAK/NIE

.....
- czy to jest pierwszy samodzielny wyjazd dziecka TAK/NIE

2. Dieta: proszę opisać potrzeby żywieniowe wynikające z diety dziecka. Szczegóły ustalamy indywidualnie na etapie rezerwacji/zapisu dziecka.

.....
.....
4. Zasady przyjmowania leków w trakcie kolonii/obozu - dotyczy to wszystkich leków przyjmowanych stale lub/i doraźnie (choroby przewlekłe/sezonowe), leków na przeziębienie, witamin, suplementów itp.).

Nazwa leku i sposób dawkowania – należy opisać w karcie kwalifikacyjnej dziecka

Postępowanie w razie nasilenia objawów choroby:

.....
.....
Wszystkie przekazywane leki, suplementy, witaminy muszą być w oryginalnych opakowaniach, podpisane imieniem i nazwiskiem dziecka na opakowaniu oraz dawkowaniem.

UCZESTNICY NIE MOGĄ SAMODZIELNIE PRZYJMOWAĆ ŻADNYCH LEKÓW. DOTYCZY TO WSZYSTKICH LEKÓW w tym przeciwbólowych, witamin, SUPLEMENTÓW itp.

5. Wyrażam zgodę na :

1) zastosowanie ogólnodostępnych leków o działaniu objawowym sprzedawanych bez recepty lekarskiej np. leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwbiegunkowe, odkładające jamę ustną, krople o działaniu miejscowym, bandaże, opatrunki, maści itp.

2) dokonanie przeglądu czystości skóry głowy dziecka i w razie konieczności na zastosowanie dostępnych w aptekach preparatów likwidujących pasożyty.

3) podawanie mojemu dziecku leków wskazanych w karcie kwalifikacyjnej we wskazanych dawkach

6. Oświadczam, że:

1) podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia mojego dziecka, dysfunkcjach psychicznych, fizycznych, możliwych problemach adaptacyjnych lub wychowawczych mojego dziecka.

2) zobowiązuję się do aktualizacji danych i informacji przekazanych Organizatorowi w karcie kwalifikacyjnej i załączniku mojego dziecka.

3) skan/ zdjęcie karty kwalifikacyjnej przekazany do Organizatora drogą elektroniczną jest zgodny z oryginałem

.....
Data

.....
Podpis rodziców / opiekunów prawnych uczestnika wycieczki