

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA POBYTU EDUKACYJNEGO

A. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na wyjazd edukacyjny

1. Imię i Nazwisko dziecka
2. Seria i nr paszportu.....
3. Data urodzenia dziecka.....
4. Adres zamieszkania

5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku
.....telefon.....

6. Oświadczam, że (imię i nazwisko dziecka)
posiada polskie pochodzenie.
.....
(Data) (Podpis matki, ojca lub opiekuna)

7. Oświadczenie Rodziców:
Ja (imię i nazwisko rodzica/opiekuna).....wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Fundację Wolność i Demokracja z siedzibą w Warszawie, al. Jerozolimskie 30/14, naszych danych osobowych w ramach projektu „Biało-Czerwone ABC. Dofinansowanie wydarzeń uzupełniających edukację polską i o Polsce na Ukrainie” w tym w celu organizacji i realizacji wypoczynku mojego dziecka. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/my faktu, że przysługuje mi prawo do tych danych osobowych i ich poprawiania. Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z udziałem mojego dziecka zebranych w trakcie pobytu na wyjeździe w celach promocyjnych.
.....
(Data) (Podpis matki, ojca lub opiekuna)

B. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka i szczepieniach

(prosimy udzielić niezbędnej informacji)

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Przebyte choroby (podać w którym roku życia) odra ospa wietrzna
.....różyczka.....świnkaszkarlatynaWZW astma
..... padaczkaalergieinne (podać trwające choroby przewlekłe)

3. Dziecko przeszło szczepienia ochronne (podać rok): tężec błonica
..... dur, inne
4. U dziecka występują*: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, łęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, angina, duszności bóle stawów, wymioty, inne
5. Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy.....
6. Dziecko jest uczulone na.....
7. Dziecko winno stale nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne.....*
8. Jazdę autobusem znosi dobrze/źle*
9. Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie).....
10. Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących produktów
11. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze wyjazdu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.

.....
(Data) (Podpis matki, ojca lub opiekuna)

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmuję do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.

.....
(Data) (Podpis matki, ojca lub opiekuna)

*Niepotrzebne skreślić