



AKADEMIA
ŻEGLARSKA

KLUB MILA

Akademia Klub Mila Sp. z o.o.

ul. Poleczki 23, 02-822 Warszawa

info@AkademiaMila.pl | +48 661 070 000 | www.AkademiaMila.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

STRONA 1/2

Kod obozu:

Nazwa:

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki:

2. Termin wycieczki:

3. Adres miejsca lokalizacji wycieczki:

.....

.....

.....

(miejsce, data)

(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. imię (imiona) i nazwisko:

.....

2. imiona i nazwiska rodziców:

.....

3. Data i miejsce urodzenia:

.....

4. PESEL: _____

5. adres zamieszkania:

.....

.....

6. adres zamieszkania lub pobytu rodziców:

.....

.....

7. numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki:

osoba: nr:

osoba: nr:

8. ważne informacje dodatkowe:
(wychowawczo-opiekuncze, medyczne, preferencje, diety, itp.)

*) zakreślić

9. specjalne potrzeby edukacyjne uczestnika, w szczególności wynikające z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

.....

.....

.....

.....

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

10. istotne dane o stanie zdrowia uczestnika, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie: (np. na co jest uczulony, czy stale przyjmuje leki i w jakich dawkach, jak znosi jazdę samochodem, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....

.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU DZIECKU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

11. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z wpisem o szczepieniach ochronnych: (wraz z podaniem roku)

tężec:, błonica:, dur:,

inne:

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

12. ZGODA na przetwarzanie danych osobowych i wykorzystanie wizerunku
Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej i wykorzystanie wizerunku do celów kontaktowych, marketingowych, promocyjnych w przestrzeni publicznej, w mediach, na portalach społecznościowych.

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

13. ZOBOWIĄZANIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)
Zobowiązuję się do pokrycia kosztów ewentualnych szkód wyrządzonych przez moje dziecko podczas pobytu w placówce wycieczki (pkt 16. warunków uczestnictwa w imprezach organizowanych przez Akademię Klub Mila sp. z o.o.).

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

Rozmiar odzieży*: 110 | 120 | 130 | XS | S | M | L | XL | XXL

Data wypełnienia karty kwalifikacyjnej:



**AKADEMIA
ŻEGLARSKA**

KLUB MILA

Akademia Klub Mila Sp. z o.o.

ul. Poleczki 23, 02-822 Warszawa

info@AkademiaMila.pl | +48 661 070 000 | www.AkademiaMila.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

STRONA 2/2

III. OŚWIADCZENIE I ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Ja, niżej podpisana/podpisany*:

.....
(imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, iż córka / syn / podopieczna / podopieczny*:

.....
(imię i nazwisko)

POTRAFI / NIE POTRAFI* PŁYWAĆ: w stopniu DOBRYM / DOSTATECZNYM / SŁABYM*

oraz oświadczam, że

- wyrażam zgodę na uprawianie przez moje dziecko turystyki wodnej,
- wyrażam zgodę na doraźne leczenie mojego dziecka w lokalnych przychodniach, karetkach, szpitalach i oddziałach ratunkowych, wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych przez wykwalifikowany personel medyczny - jeśli zaistnieje taka potrzeba związana z rozstrojem zdrowia, wypadkiem lub inną chorobą,
- wyrażam zgodę na podanie przez kadrę obozu leków zaleconych przez lekarza oraz leków: przeciwgorączkowych (ibuprofen, paracetamol), przeciwbólowych i przeciwzapalnych na górne drogi oddechowe (tantum verde, strepsils, cholinex, ibuprom zatoki), rozkurczowych (nospa), maści i żeli przeciwobrzękowych (altacet, diclofenac), przeciwhistaminowych (zyrtec, allertec, lira, allegra), przeciwbiegunkowych (stoperan, smecta), wzmacniających (witamina C, rutozyd) w przypadku zaistnienia takiej konieczności związanej z rozstrojem zdrowia i chorobą mojego dziecka.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika rodzica / opiekuna prawnego)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał w

.....
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia do dnia 20..... roku.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBY I URAZACH PRZEBYTYCH W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)