**

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 marca 2016 r. w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży

***Lokalna Grupa Działania „Równiny Wołomińskiej***

***05-240 Tłuszcz ul. Warszawska 4; KRS 0000323145; NIP 125 152 06 25***

#### Termin wypoczynku: 13 – 22.I.2018 r.

#### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

(wypełnia organizator wypoczynku)

|  |
| --- |
| 1.Forma wypoczynku :  Kolonia - zimowisko |
| 2. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji (lub trasa jeśli ma on charakter wędrowny):  OW WATRA ul.3-go Maja 49 34-441 Niedzica woj.małopolskie |
| 3. Termin wypoczynku: 13 – 22.I.2018 r. |
| ....................................................... Tłuszcz 12.I.2018......................................................  podpis organizatora wypoczynku miejscowość, data |

#### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

(wypełniają rodzice)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika: | |
| 2. Data urodzenia uczestnika: | |
| 3. Numer PESEL uczestnika: | |
| 4. Adres zamieszkania uczestnika: | |
| 5. Dane obojga rodziców. | |
| I. Imię i nazwisko: | Telefon:  mail |
| Adres | |
| II. Imię i nazwisko | Telefon: |
| Adres | |

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

7. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym  
i stosowanej diecie:

7.1 Uczestnik zażywa stale leki (jakie? Podać nazwę, dawkowanie): ............................................. ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

7.2 Uczestnik ma uczulenia/alergie: tak/nie (podać na co, oraz inne istotne informacje, np. nazwa leku): ......................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

7.3 (właściwe zakreślić kółkiem): Uczestnik nosi: okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, aparat/wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne aparaty (podać jakie): ................................................................................................................................................

7.4 Uczestnik korzysta ze specjalnej diety (podać szczegóły): .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

7.5 Jazdę samochodem/pociągiem znosi dobrze/źle (zakreślić)

7.7 Inne uwagi o zdrowiu uczestnika, specjalnych potrzebach uczestnika: ..................................... ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

8. Informacje o szczepienia ochronnych (można też dołączyć czytelną kserokopię książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień – w takim wypadku proszę wstawić krzyżyk potwierdzający załączenie kserokopii: )

Podać rok szczepienia:

tężec: …...........…...…..……., błonica: ….............…..….………, dur: …............…....…………,

inne: ………………..................................................………………………………………………

NIE WYMAGANE ALE WARTO PODAĆ ROK SZCZEPIENIA DLA:

Polio: …….......……., BCG: ……......………., WZW: …….....….……., ospa: ……......……….,

9. PONIŻSZE INFORMACJE NIE SĄ WYMGANE LECZ ZALECA SIĘ JE PODAĆ:

W ostatnim roku uczestnik przebywał w szpitalu: tak/nie (zakreślić, jeżeli "tak" - podać powód) ...........................................................................................................................................................

Przebyte choroby (zakreślić i/lub podać rok): odra: ..............., różyczka: ..............., ospa wietrzna: ................, szkarlatyna: ..............., żółtaczka zakaźna: .............., świnka: ..............., choroby nerek (jakie? wzw?) .........................................................................................................., choroba reumatyczna: ..............., astma: ................., padaczka: ..............., inne przebyte ważne choroby: ............................................................................................................................................

(właściwe zakreślić kółkiem): U uczestnika występowały w ostatnim roku lub występują obecnie: drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienia z nosa, przewlekający się kaszel (lub katar, anginy), duszność, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jąkania, inne.............................................................................................

Grupa krwi uczestnika:…………………

10. Numer buta uczestnika……………………………., wzrost uczestnika ……………………………., waga uczestnika ……………

**W razie zagrożenia życia uczestnika zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.**

Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu uczestnika na formie wypoczynku.

Jeśli uczestnik przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam uczestnika   
w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wypoczynku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

Wyrażam zgodę na użycie wizerunku wyżej wymienionego uczestnika do celów statutowych LGD „Równiny Wołomińskiej” i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie uczestnika; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową, także tych, w których uczestniczyć będzie uczestnik; 3) użycie wizerunku uczestnika, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez LGD „Równiny Wołomińskiej”, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zmianami), bez ograniczeń co do czasu i ilości.

Wyrażam zgodę, na to aby telefon/tablet lub inne urządzenie multimedialne mojego dziecka podczas trwania zimowiska, organizowanego przez Lokalną Grupę Działania "Równiny Wołomińskiej" zostało przekazane wychowawcy.

Urządzenia te będą udostępniane po kolacji na czas 2 godzin.

Oświadczam, że zostałem poinformowana(y), znam i akceptuję warunki uczestniczenia wyżej wymienionego uczestnika w wyżej wymienionym wypoczynku, w szczególności w zakresie:

1.Opieki wychowawczej, instruktorskiej

2.Terminu wypoczynku, miejscu wypoczynku lub trasie wypoczynku.

3. Programu wypoczynku

4.Regulaminu wypoczynku

5. Noclegów i wyżywienia.

6.Charakteru zajęć i dyscypliny uczestników.

7. Ekwipunku i wyposażenia uczestników.

8.Kosztów uczestnictwa.

Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów wypoczynku uczestnika w wysokości .……..zł

słownie ...........................................................................................................................zł

......................................... ................................... ......................................

miejscowość, data podpisy obojga rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku

(Dla dzieci rolników ubezpieczonych w KRUS koszt wynosi 400,00 zł.; dla pozostałych uczestników koszt wynosi 1200,00 zł.)

**III. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

(wypełnia organizator wypoczynku)

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek/ Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu (niepotrzebne skreślić):

............................................................................................................................................

.................................................... ...............................................................................

data podpis organizatora

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

(wypełnia kierownik wypoczynku)

Uczestnik przebywał (podać adres miejsca wypoczynku):

............................................................................................................................................

od dnia .................................... do dnia .................................... r.

.................................................... ...............................................................................

data podpis kierownika wypoczynku

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

............................................................................................................................................

............................................................................................................................................

.................................................... ...............................................................................

miejscowość, data podpis kierownika wypoczynku

**VI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

(wypełnia wychowawca wypoczynku)

............................................................................................................................................

.................................................... ...............................................................................

miejscowość, data podpis wychowawcy

Egzemplarz FSUSR

**Oświadczenie rodziców /opiekunów prawnych o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów)

zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn.zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka/dzieci:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imiona i nazwiska dzieci – uczestników wypoczynku)

przez Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników dla potrzeb kontroli, rozliczenia i sprawozdawczości dofinansowania przyznanego na zorganizowanie wypoczynku zimowego w ramach promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.

……………………………………....

Data i miejscowość Podpis rodziców/prawnych opiekunów

Egzemplarz LGD

**Oświadczenie rodziców /opiekunów prawnych o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów)

zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn.zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka/dzieci:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imiona i nazwiska dzieci – uczestników wypoczynku)

przez Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników dla potrzeb kontroli, rozliczenia i sprawozdawczości dofinansowania przyznanego na zorganizowanie wypoczynku zimowego w ramach promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.

………………………………. ……………………………………....

Data i miejscowość Podpis rodziców/prawnych opiekunów