



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOŁONII
LETNICH W GMINIE RADZIEJOWICE
PT. „HARCE DZIKIE, CO NAPISZĄ PRZYJAŹNI KRONIKĘ”**

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

ORGANIZATOR: „DZIKI SZAŁ” – animacje i warsztaty dla dzieci

Cel wypoczynku: aktywny wypoczynek dzieci. Wdrażanie działań profilaktycznych z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom od cyfryzacji, a także przekazanie wartości przyjaźni i koleżeństwa.

Kierownik półkolonii: mgr Sylwia Leśniewska

Adres wypoczynku: Szkoła Podstawowa im. Władysława Rdzanowskiego w Radziejowicach

Data wypoczynku: 04 – 08.08.2025r.

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

.....

3. Data urodzenia

.....

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adres zamieszkania

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....
.....

7. Numer telefonu rodziców oraz adres email:

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

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

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

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

Na co uczestnik jest uczulony?

.....
.....

Czy uczestnik musi mieć stosowaną specjalną dietę ?

.....

Jeśli tak, to jaką?

.....

Jak znosi jazdę samochodem i/lub autokarem?

.....

Czy przyjmuje stale leki? Jeśli tak, to jakie i w jakich dawkach?

.....
.....

Czy nosi aparat ortodontyczny ?

Czy nosi okulary?

Inne ważne informacje:

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

Istotne dane o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec

.....

błonica

.....

inne

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

ZGODY ORAZ INFORMACJE OD RODZICÓW

1. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

TAK / NIE

2. Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na półkoloniach.

TAK / NIE

3. Wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć, nagrań wideo oraz wszelkich innych materiałów zawierających wizerunek mojego dziecka w materiałach marketingowych tworzonych przez **organizatora** oraz podsumowujących wypoczynek (strona szkoły, prasa, gazetka szkolna).

TAK / NIE

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz danych swojego dziecka w celach organizacyjnych wypoczynku, bezpieczeństwa oraz pobytu dziecka na półkoloniach. Dane będą przetwarzane zgodnie z przepisami RODO oraz ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku.

TAK / NIE

5. Zapoznałam/em się i akceptuję program półkolonii.

TAK / NIE

.....

(data)

.....

(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

REGULAMIN SKRÓCONY

Uczestnik półkolonii jest zobowiązany do:

1. Przestrzegania regulaminu i poleceń wychowawcy, kierownika;
2. Przestrzeganie harmonogramu posiłków oraz zajęć/warsztatów/wycieczek;
3. Przestrzegania zasad higieny i dbania o porządek;
4. Szanowania wychowawców, kierownika, osób współprowadzących oraz innych uczestników.
5. Zabrania się spożywania alkoholu, palenia tytoniu oraz zażywania środków odurzających.
6. Zabrania się używania telefonów komórkowych.
7. Za szkody wyrządzone przez uczestnika, kosztami napraw zostają obciążeni rodzice/opiekunowie prawni.
8. Za nieprzestrzeganie regulaminu uczestnik półkolonii może zostać upomniany lub czasowo odsunięty od zajęć z jednoczesnym poinformowaniem rodziców. W szczególnych przypadkach decyzją kierownictwa półkolonii uczestnik może zostać usunięty. W takim przypadku rodzic lub opiekun prawny jest zobowiązany do zabrania uczestnika. Organizator nie zwraca pieniędzy za niewykorzystane dni wypoczynku.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/ppełnoletniego uczestnika wypoczynku)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się¹⁾:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał: **SZKOŁA PODSTAWOWA IM. WŁADYSŁAWA RDZANOWSKIEGO W RADZIEJOWICACH**

od dnia **04.08.2025R.** do dnia **08.08.2025R.**

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)
