**ORGANIZATOR: POLSKI ZWIĄZEK PRODUCENTÓW ZIEMNIAKÓW**

**I NASION ROLNICZYCH W ŁODZI**

**KARTA KWALIFIKACYJNA**

I. Informacja organizatora wypoczynku.

1. Profilaktyka zdrowotna – wypoczynek –Kolonie letnie 2023
2. Adres placówki – Wyżywienie i Wynajem Pokoi Gościnnych Sieczka Andrzej Pensjonat Bałamutka, ul. Kasprowicza 41A, 34-520 Poronin
3. Czas trwania: 15-23.08.2024 r.

 Gałkówek Kol. Marian Sikora - Prezes Zarządu

 ( 06-05-2024 r.) kom., 601 989 365

 **Organizator związkowy Emilia Ożarowska, tel. 694 973 156**

I. WNIOSEK RODZICÓW(OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

 1. Nazwisko i imię dziecka..................................................................................................

 2. Data urodzenia......................................Pesel..................................................................

 3. Adres zamieszkania.....................................................................tel. ..............................

 4. Gmina....................................................powiat...............................................................

5. Adres rodziców(opiekunów) w czasie pobytu dziecka na koloniach...........................…

 .....................................................................................tel....................................................

 6. Imię i nazwisko rodzica ubezpieczonego w KRUS, (rencisty, ).....................................

 ........................., ...................... .......................................................

 (miejscowość, data ) (podpis rodzica/opiekuna)

II. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA .

 1. Na co jest uczulone ........................................................................................................

 2. Jak znosi jazdę autokarem.........................................................................................

 3. Czy przyjmuje stale leki – jakie..............................., w jakich dawkach.......................

 4. Czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary....................................................................

 5. Inne................................................................................................................................

*Stwierdzam, że podałem zgodne z prawdą, wszystkie znane mi informację o dziecku.*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka zgodnie z* *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L z 2016r. nr 119/1- (zwanym dalej RODO).*

*Administratorem danych Pana/Pani i dziecka jest FS USR w Warszawie. Dane przechowywane są przez okres trwania umowy między FS USR a PZPZINR nie dłużej niż 5 lat. Dane osobowe do FS USR przekazane są przez ZPZINR.*

*Wyrażam zgodę na dowiezienie dziecka do szpitala, przychodni lekarskiej wrazi problemów zdrowotnych.*

*Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w transporcie autokarowym.*

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

 (data) (podpis rodzica/opiekuna)

1. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

Szczepienie ochronne: data i rok. Tężec..................................błonica.....................................

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

 (data) (podpis pielęgniarki)

IV. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU:

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

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

 (data) (podpis wychowawcy)

1. DECYZJA O KWALIFIKACJI DZIECKA.

 Polski Związek Producentów Ziemniaków i Nasion Rolniczych **kwalifikuje dziecko - TAK NIE .**

**Zimowisko dofinansowane z FS USR 1 200,00 zł.**

**Wpłata**

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

 (data) (podpis: Emilia Ożarowska )

1. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKOWEJ.

Dziecko przebywało .................................................................................................................

 (podać nazwę placówki)

od dnia.............. do dnia …..................2024

.................................... ...................................................... (data) (kierownik turnusu wypoczynkowej)

VII. INFORMACJA STANIE ZDROWIA DZIECKA NA WYPOCZYNKU

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

.

UWAGI na temat sprawowania się dziecka podczas pobytu na wypoczynku

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

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

(miejscowość, data) (kierownik turnusu wypoczynkowej)