

Skan wypełnionej karty prosimy odesłać do biura (mailem lub faxem) w ciągu maksymalnie 7 dni od podpisania umowy.

Oryginał prosimy przekazać kierownikowi w dniu rozpoczęcia turnusu (w przypadku transportu własnego lub opiekunowi transportu w przypadku transportu zorganizowanego).

**KARTA KWALIFIKACYJNA do umowy**  
zgodna z Rozporządzeniem MEN z dn. 30.03.2016 (Dz.U. poz. 452)

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku/nazwa imprezy: .....
2. Adres ośrodka: .....
3. Numer turnusu: ..... turnus odbywający się w dniach: .....

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. **Imię i nazwisko:** .....
2. **Adres zamieszkania:** .....
3. **Data urodzenia:** ..... **Pesel:** .....
4. Imiona i nazwiska rodziców .....
5. Numery telefonów:  
Mamy ..... Taty ..... Opiekuna wskazanego przez rodziców .....
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców .....
7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym .....
8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)  
.....  
o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):  
tężec .....  
błonica .....  
dur .....  
inne .....  
oraz numer PESEL uczestnika 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. późn. 2135, z późn. zm)).

.....  
data i podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku

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

Postanawia się: Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek | odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu\*

.....  
\*skreślić odpowiednie

.....  
data i podpis organizatora wypoczynku

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

Uczestnik przebywał: ..... od dnia ..... do dnia .....  
adres miejsca wypoczynku

.....  
data i podpis kierownika wypoczynku

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

.....

.....  
data i podpis kierownika wypoczynku

### VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....  
data i podpis wychowawcy wypoczynku

### PYTANIA ORGANIZATORA

**Informacje przekazane przez Państwa nt. dzieci są dla nas bardzo ważne.** Prosimy o jak najszerszą informację, tak abyśmy mogli w pełni zaopiekować się Państwa pociechą. Zawierać ona może wszystkie istotne wiadomości, które Państwa zdaniem mogą nam pomóc w sprawowaniu opieki. Zarówno te dotyczące bezpośrednio stanu zdrowia dziecka, ale także te dotyczące jego indywidualnych zachowań, obaw, odnajdywania się w grupie rówieśniczej itp. Wszystkie te informacje pozwolą nam nie tylko troskliwie zająć się dziećmi, ale przede wszystkim odpowiednio reagować w sytuacji choroby lub wypadku.

**1. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka:** omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa. ataki duszności, przewlekły kaszel. Szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, urazy kończyn, inne (wymienić jakie). Prosimy o jak najszerszą informację, tak abyśmy mogli w pełni zaopiekować się Państwa pociechą (jak często występują dolegliwości opisane przez Państwa, jak w tej sytuacji Państwo postępujecie, jakie leki są stosowane, czy dziecko radzi sobie z daną sytuacją czy wymaga absolutnej opieki z naszej strony itp.)

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

**2. Prosimy o odpowiedź na następujące pytania:**

- czy u dziecka występuje bezsenność .....
- czy dziecko śpi samodzielnie (bez rodzica) .....
- czy u dziecka występują lęki nocne (lub inne lęki) .....
- czy dziecko moczy się w nocy .....
- czy dziecko samodzielnie używa sztućców, je, myje się, ubiera, załatwia potrzeby fizjologiczne.....
- czy u dziecka występuje lub jest podejrzenie występowania Zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), jeżeli tak proszę podać szczegóły nt. możliwych zachowań dziecka i Państwa sposobów na odpowiednie reakcje :

.....

.....

.....

**3. Dziecko jest uczulone lub nie może stosować leków (proszę podać nazwę leku, pokarmu itp.)**

.....

**4. Proszę wpisać ewentualne potrzeby dziecka wynikające z zachowania diety. UWAGA! Warunki i specyfikę diety należy ustalić z organizatorem w chwili rezerwacji lub zaraz po zapisaniu dziecka wyłącznie drogą e-mailową**

.....

.....

.....

.....

**5. Ze względu na otrzymane w dniu 18 sierpnia 2016 roku zalecenia Ministerstwa Zdrowia, Rodzice którzy chcieliby, aby dziecko stałe przyjmowało leki w trakcie trwania obozu (dotyczy to wszystkich leków, zarówno: chorób przewlekłych, alergii, ale także witamin, suplementów diety, leków na przeziębienie i innych), zobowiązani są przedłożyć organizatorowi wypoczynku zaświadczenie lekarskie zawierające następujące informacje:**

**BARDZO PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA (wypełnia lekarz):**

Rozpoznanie choroby:

.....

Postępowanie z dzieckiem i konieczność realizacji wskazanych stałych zleceń w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

.....

Postępowanie w razie nasilenia objawów choroby: .....

.....

Ewentualne ograniczenia i zalecenia dotyczące udziału dziecka w zajęciach: .....

.....

Nazwa leku .....

Sposób i ilość dawkowania leku .....

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza

W sytuacji, gdy rodzic/opiekun prawny przekazuje pielęgniarce (na podstawie zlecenia lekarskiego) leki, które mają być podawane dziecku musi każdy lek opisać imieniem i nazwiskiem dziecka.

6. Wyrażam zgodę na zastosowanie ogólnodostępnych leków o działaniu objawowym sprzedawanych bez recepty lekarskiej np. leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwbiegunkowe, odkażające jamę ustną, krople o działaniu miejscowym, bandaże i opatrunki, maści itp.

7. Wyrażam zgodę na dokonanie przeglądu czystości skóry głowy dziecka i w razie konieczności na zastosowanie dostępnych w aptekach preparatów likwidujących pasożyty.

8. Czy dziecko wyjeżdża po raz pierwszy samodzielnie na obóz? Jeśli tak, to czy może mieć kłopoty z aklimatyzacją?

.....

9. Oświadczam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

10. W przypadku konieczności sprawowania stałej opieki nad dzieckiem z powodu zachorowania, bądź konieczności umieszczenia go szpitalu zobowiązuję się do przejęcia opieki nad dzieckiem w ciągu 24 godzin.

11. Oświadczam, że skan karty kwalifikacyjnej, który przekazałam/em organizatorowi jest zgodny z posiadanym przeze mnie oryginałem.

12. Zobowiązuję się do aktualizacji informacji zawartych w niniejszej karcie kwalifikacyjnej w przypadku zmiany stanu zdrowia mojego dziecka lub zmiany innych istotnych informacji.

13. Kod Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla mojego województwa .....

**14. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.**

.....  
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego