

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYJAZDU NA STAŻ

I. INFORMACJA ORGANIZATORA

1. Forma placówki: **YOUR INTERNATIONAL TRAINING**
2. Adres placówki: The Spa Square
FBD House (1st floor), Mallow Co. Cork Ireland
3. Czas trwania od do
-
(miejsowość, data)
(podpis organizatora wyjazdu)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia PESEL
3. Adres zamieszkania
-Telefon
4. Nazwa i adres szkoły : Zespół Szkół Morskich, ul. Sołtana 2, 72-602 Świnoujście
Klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce:
.....
..... Telefon
-
(miejsowość, data)
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, samolotem, pociągiem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

Stwierdzam, że podałam (em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku. Zgodnie z Ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Zespół Szkół Morskich w Świnoujściu oraz Your International Training w Irlandii, danych członków mojej rodziny zawartych w karcie, w tym dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka, w celu realizacji świadczeń. Oświadczam, że dane podaję dobrowolnie, posiadam wiedzę o prawie wglądu do treści danych, ich poprawiania, modyfikacji oraz skorzystania z innych uprawnień wynikających z ww. Ustawy.

.....
(data)
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. INFORMACJA PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień (ksero z książeczki zdrowia)

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec , błonica , dur ,
inne.

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica / opiekuna)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE

Dziecko przebywało w **The Spa Square**

FBD House (1st floor), Mallow Co. Cork Ireland

od dnia do dnia 2018r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis koordynatora projektu)

VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE (dane o chorobach, urazach, leczeniu itp.)

.....
.....
.....
Organizator informuje rodziców / opiekunów o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki)

VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy / instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV, VII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica / opiekuna)