

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYJAZDU NA STAŻ

I. INFORMACJA ORGANIZATORA

1. Forma placówki: **ASSOCIAÇÃO INTERCULTURAL AMIGOS DA MOBILIDADE**
2. Adres placówki: Rua da Estrada, nº 864 Silva
4750-686 Barcelos, Portugal
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 ASSOCIAÇÃO INTERCULTURAL AMIGOS DA MOBILIDADE w Portugalii 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 **ASSOCIAÇÃO INTERCULTURAL AMIGOS DA MOBILIDADE**

Rua da Estrada, nº 864 Silva

4750-686 Barcelos, Portugal

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)