**Wypełnioną oraz podpisaną przez obojga rodziców/opiekunów kartę prosimy dostarczyć organizatorowi osobiście (na zajęciach z gimnastyki lub w dniu rozpoczęcia turnusu), lub wysłać pocztą na adres: Stowarzyszenie JK Sport, ul. Nocznickiego 25/205, 01-948 Warszawa.**

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: Półkolonie

2. Termin wypoczynku: ……………………………………………

3. Adres wypoczynku: ……………………………………………

**WARSZAWA, 07.02.2022**

**……………………………………………………………..**

**(miejscowość, data i podpis organizatora wypoczynku)**

# II. IFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka: …………………………………………………………………………..........
2. Data urodzenia (dd.mm.rrrr): ………………………………………………………………………...…
3. **PESEL:** ……………………………………………..
4. Adres zamieszkania dziecka: …………………………………………………………………………...
5. Imię i nazwisko matki: ………………………………….. Tel.: ……………………………...................
6. Imię i nazwisko ojca: …………………………………... Tel.: ……………………………..................
7. e-mail: …………………………………………………………………………………………………..
8. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na obozie:

………………………………………………………………………………………………………...……

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym: DOTYCZY / NIE DOTYCZY

……………………………………………………………………………………..…………………..……………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

* Dziecko jest na coś uczulone: TAK / NIE

Alergeny: ………………………………………………………………………………………………...

Objawy alergii: …………………………………………………………………………………………..

* Dziecko przyjmuje leki na stałe: TAK / NIE

Przyczyna: ……………………………………………………………………………………………....

Nazwa i dawka leku: …………………………………………………………………………………....

* Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę lub jest w trakcie diagnozowania: TAK / NIE

Choroba: …………………………………………………………………………………………………

Symptomy: ………………………………………………………………………………………………

* Czy dziecko ma chorobę lokomocyjną: TAK / NIE Nazwa leku: ………………………………….………
* Inne uwagi o zdrowiu i DIECIE dziecka: DOTYCZY / NIE DOTYCZY

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………

* Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub dołączenie skanu/xero książeczki szczepień)

tężec: ……......… błonica: …....…. inne: ……………..………………………….…...

**Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w czasie pobytu dziecka na obozie.**

**Oświadczam, że zapoznałem się z Warunkami Uczestnictwa, klauzulą RODO, klauzulą przetwarzania wizerunku oraz regulaminem obozu oraz akceptuję je.**

**………………….. .………………..………………. …………….……………………….**

**(data) podpis matki/opiekuna prawnego podpis ojca/opiekuna prawnego**

**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………………………………………………………

**……….........................................................................................................................** **(data i podpis organizatora wypoczynku)**

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

Uczestnik przebywał ...........................................................................................................................(adres miejsca wypoczynku) od dnia (dzień, miesiąc, rok) ....................................................... do dnia (dzień, miesiąc, rok) ......................................................

**....................................................................................................................................... (data i podpis kierownika wypoczynku)**

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

**................................................................................................................ (miejscowość, data i podpis kierownika wypoczynku)**

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU** ............................................................................................................................................................................................................... ……………...........................................................................................................................................................................................

**……........................................................................................................................... (miejscowość, data i podpis wychowawcy)**