**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: **Półkolonie letnie „Siechnickie lato 2023”** z elementami programu profilaktyki uzależnień

2. Termin wypoczynku:

 I turnus - 26.06.2023 r.- 07.07.2023

 II turnus - 10.07.2023 r.- 21.07.2023

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

 **Szkoła Podstawowa nr 2 w Siechnicach**, ul. Księżnej Anny z Przemyślidów 6, 55-011 Siechnice.

…………………………………. ………………………………………….

 (miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko ………………………….……………………………………………………………...

2. Imiona i nazwiska rodziców ……………………………………………………………………………………...

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

3.Data urodzenia uczestnika …………………………………………………………………………………………………….

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5. Adres zamieszkania uczestnika .........................................................…………..…………………………………………….

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców w czasie trwania wypoczynku..………………………………………………….

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

7. Numer telefonu rodziców, w czasie trwania wypoczynku oraz adres e-mail (wymóg niezbędny)

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

8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających
z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..….

9.Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary) …………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec………………………………………………………………………………………………………………… błonica………………………………………………………………………………………………………………

inne……………………………………………………………………………………………...…………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

......................................... ............................................................................................. (data) (podpis rodziców)

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

Postanawia się1)

 zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

 odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. .......................................................... ………………………………………

 (data) (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) (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) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

 (miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

**VII. OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA Z PÓŁKOLONII**

* Zobowiązuję się do punktualnego odbioru dziecka z półkolonii letnich organizowanych w Szkole Podstawowej nr 2
w Siechnicach.
* Osoby upoważnione do odbioru dziecka:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru dziecka | Telefon | Kto to jest dla dziecka |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

 (data) (podpis rodziców)

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.**

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

 *(miejscowość i data) (podpis rodziców/opiekunów prawnych)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wyrażam zgodę na przejazd mojego dziecka pod opieką wychowawców grupy autokarem lub autobusem linii miejskich, pociągiem w ramach zaplanowanych zajęć prowadzonych poza terenem Szkoły Podstawowej nr 2 w Siechnicach (zajęcia sportowe, warsztaty zajęciowe itp.) podczas trwania półkolonii letnich.**

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

 *(miejscowość i data) (podpis rodziców/opiekunów prawnych)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**WYRAŻAMZGODĘ NA UDZIELENIE PIERWSZEJ POMOCY MOJEMU DZIECKU, W RAZIE POTRZEBY WEZWANIA POGOTOWIA RATUNKOWEGO, NA LECZENIE SZPITALNE LUB PRZEPROWADZENIE KONIECZNEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO W CZASIE POBYTU DZIECKA NA PÓŁKOLONII**

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

 *(miejscowość i data) (podpis rodziców/opiekunów prawnych)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ MOJEGO DZIECKA W ZAJĘCIACH STACJONARNYCH I WYJAZDOWYCH ORGANIZOWANYCH PODCZAS TRWANIA PÓŁKOLONII LETNICH W DNIACH:-…………………………. tak/nie\***

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

 *(miejscowość i data) (podpis rodziców/opiekunów prawnych)*

**\**właściwe podkreślić***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY NA PUBLIKACJĘ ZDJĘĆ Z WIZERUNKIEM MOJEGO DZIECKA WYKONANYCH W TRAKCIE UCZESTNICTWA W PÓŁKOLONIACH W CELU ZAMIESZCZENIA ICH NA STRONIE INTERNETOWEJ GOPS I GMINY SIECHNICE.**

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

 *(miejscowość i data) (podpis rodziców/opiekunów prawnych)*

**WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY NA SAMODZIELNY POWRÓT DZIECKA PO SKOŃCZONYCH ZAJĘCIACH**

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

 *(miejscowość i data) (podpis rodziców/opiekunów prawnych)*

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem wypoczynku i akceptuję jego treść.**

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

 *(miejscowość i data) (podpis rodziców/opiekunów prawnych)*

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów za pobyt dziecka na półkoloniach letnich w Szkole Podstawowej nr 2 w Siechnicach
w wysokości **400,00 zł**

 przelewem na konto o numerze:
**64 9584 1092 2010 1000 1078 0003**

**Wpłaty proszę dokonywać w dniach
od 25.06.2023 r. do 31.06.2023 r.**

z dopiskiem **Półkolonie letnie, turnus, Imię i Nazwisko dziecka**

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

 *(miejscowość i data) (podpis rodziców/opiekunów prawnych)*