



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA SZKOLENIA

Centrum Wypoczynkowo-Rehabilitacyjne ACTIV
Ul. Mickiewicza 1c, 64-915 Sypniewo k. Jastrowia
Termin wyjazdu 19.08.2024r. – 30.08.2024r.

.....
Podpis organizatora

Termin zdania karty obozowej 15.06.2024r

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzenia..... pesel..... rozmiar t-shirt.....
3. Adres zamieszkania.....
4. Telefon dziecka.....
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku
.....
6. Telefon rodzica:

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

II. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. czy dziecko jest na jakiejś diecie, na co jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach,)

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

III. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub ksero szczepień z książeczki zdrowia (osoby które w ostatnim roku oddawały ksero a nie doszły im szczepienia, nie muszą oddawać po raz kolejny).

Szczepienia ochronne (podać rok): **tężec**, **blonica**, **dur**,
inne

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki)

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

Oświadczam również:

1. Wyrażam zgodę na wyjazd dziecka na Szkolenie Sportowo-Taneczne organizowane przez Stowarzyszenie Love Dance Academy.
2. Syn/córka będzie przestrzegał regulaminu wyjazdu.
3. Syn/córka jest świadomy iż bierze udział w szkoleniu gdzie będzie uczestniczyło w zajęciach tanecznych i zorganizowanym aktywnym wypoczynku.
4. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku nieprzestrzegania regulaminu Rada Pedagogiczna w uzgodnieniu z organizatorem może podjąć decyzję o usunięciu dziecka z placówki szkoleniowej na koszt rodziców.
5. Zobowiązuje się do poniesienia odpowiedzialności materialnej za szkody wyrządzone przez moje dziecko.
6. Wyrażam zgodę na przebadanie mojego dziecka na poczet zawartości alkoholu w organizmie (ALKOMAT).
7. Przyjmuję do wiadomości, że organizator nie zwraca kosztów za niewykorzystane dni pobytu na szkoleniu z winy uczestnika lub ze względu na wcześniejsze zabranie dziecka z placówki.
8. Przyjmuję do wiadomości, że organizator nie ponosi odpowiedzialności materialnej za zagubione rzeczy.

W RAZIE ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE, NIEZBĘDNE ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I OPERACJE PO UPRZEDNIM POWIADOMIENIU RODZICA.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach dotyczących wykonania usługi przez Annę Cichocką prowadzącą działalność gospodarczą pod nazwą LoveDance Academy Anna Cichocka z siedzibą w Zielonce 05-220 , ul. Wyszyńskiego 7/21/1, NIP 113-196-10-60; REGON 142545650 (dalej : „LDA”) oraz do celów marketingowych w tym również w celu marketingu bezpośredniego zgodnie z przepisami art. 6 ust. 1 lit. a, b, c, d – Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („Ogólne rozporządzenie o ochronie danych”) („RODO”)

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)