

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

I. INFORMACJA ORGANIZATORA O PÓŁKOLONII

Półkolonie organizowane są w godzinach od 8.00 do 15.00 w dniach:

1. Od 13.07-31.07.2015 r. w Szkole Podstawowej nr 3 im. Arkadego Fiedlera w Polkowicach,
2. Od 03.08-28.08.2015 r. w Szkole Podstawowej nr 1 im. Jana Wyżykowskiego w Polkowicach

Wypełnioną i podpisaną kartę należy zwrócić do dnia 22.06.2015 r. do intendenta szkoły, do której dziecko uczęszcza wraz z opłatą za wyżywienie, które wynosi 5 zł za dzień.

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PÓŁKOLONIE

1. Imię i nazwisko dziecka

3. Data urodzenia

2. Adres zamieszkania

4. PESEL dziecka

5. Telefon (matka)

(ojciec, opiekun)

Dziecko będzie uczestniczyć w półkolonii w dniach

Dziecko będzie/ nie będzie* korzystało z wyżywienia w postaci jednodaniowego obiadu (cena 5 zł za dzień),

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wyżywienia dziecka w wysokości (5zł * ilość dni roboczych) zł

słowniezł do dnia 22.06.2015 r. do intendenci szkoły,
do której dziecko uczęszcza.

Miejscowość, data.....

podpis obojga rodziców/ opiekunów

*zaznaczyć prawidłową odpowiedź

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Miejscowość, data.....

podpis obojga rodziców/ opiekunów.....

Wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku pomocy pielęgniarzkiej lub ambulatoryjnej w czasie pobytu na półkolonii.

Miejscowość, data.....

podpis obojga rodziców/ opiekunów

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

Miejscowość, data.....

podpis obojga rodziców/ opiekunów

IV. Informacje o odbieraniu dziecka z półkolonii

Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka.....
do domu.

Dziecko będzie odbierane przez
(imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa dla dziecka)

Dziecko samodzielnie może wrócić do domu o godzinie

Ponoszę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót dziecka do domu.

data.....

podpis obojga rodziców/ opiekunów

* zaznaczyć prawidłową odpowiedź