



# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU z kursem Art Excel Fundacji Art of Living Polska

## 1/ Dane dotyczące wypoczynku

Miejsce: Centrum Promocji Zdrowia w Tarasce  
Czas trwania wypoczynku: od 21.01.2018 do 27.01.2018  
Prowadzący: Katarzyna Kondracka  
Organizator: Fundacja Art of Living Polska

## 2/ Dane uczestnika wypoczynku (wypełnia rodzic lub prawny opiekun)

Imię i nazwisko: ..... Pesel: .....  
Nr legitymacji szkolnej: ..... Data ur.: .....  
Miasto i kod pocztowy: .....  
Ulica i nr: .....  
Tel: ..... E-mail (wyraźnie): .....

## 3/ Adres rodziców (opiekunów)

Imię i nazwisko matki (opiekunki): .....  
Tel. dom.: ..... Tel. kom.: .....  
e-mail: .....  
Imię i nazwisko ojca (opiekuna): .....  
Tel. kom.: .....  
e-mail: .....  
Czy rodzice (opiekunowie) uczestniczyli w zajęciach Art of Living: Tak / Nie

**4/ Informacja o stanie zdrowia:** (skłonności do chorób, uczulenia, przeciwwskazania np. co do ćwiczeń fizycznych, czy nosi aparat ortodontyczny, okulary, moczy się, czy przyjmuje na stałe leki i w jakich dawkach itp.)

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

**Szczepienia ochronne** (na podstawie książeczki zdrowia lub proszę załączyć ksero karty szczepień)

Prosimy podać rok: tężec ..... błonica ..... dur ..... inne.....

Data ..... Podpis: (lekarza, rodzica/ opiekuna): .....

Dodatkowe informacje o dziecku: .....  
.....

## 5/ Informacje wychowawcy klasy o dziecku

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy –wypełnia rodzic lub opiekun)

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

## 6/ Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

.....

**7/ Informacje o stanie zdrowia dziecka w czasie trwania wypoczynku**

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis lekarza/pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku

**8/ Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy/instruktora o dziecku podczas trwania wypoczynku**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis wychowawcy/instruktora

**9/ Potwierdzenie pobytu dziecka na wypoczynku**

Dziecko przebywało na wypoczynku w Centrum Promocji Zdrowia, Taraska19A, 26-337 Aleksandrów

Od dnia: ..... do dnia: ..... 20 .....r.

.....

Data

.....

Podpis kierownika wypoczynku

**10/ Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w kursie prowadzonym przez Fundację Art of Living Polska (ArtExcel) i w związku z tym oświadczam, co następuje:

1. Stwierdzam, że podałam/-em wszystkie znane mi dane o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na kursie Fundacji Art of Living.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku leków lub zastosowanie przez wykwalifikowany personel medyczny innej opieki, jeżeli zaistnieje taka zdrowotna konieczność.
3. Zgadzam się na stosowaną w czasie kursu dietę bezmięsną.
4. Przyjmuję do wiadomości, że na kursie ArtExcel obowiązuje zakaz przyjmowania narkotyków, picia alkoholu i palenia tytoniu. Jeżeli powyższa zasada zostanie przez moje dziecko złamana, zobowiązuję się odebrać dziecko z obozu bez zwrotu kosztów za obóz.
5. Zobowiązuję się do pokrycia kosztu kursu w wysokości: .....  
słownie: .....
6. Zapoznałam/-em się z regulaminem wypoczynku w ramach kolonii/obozu w Centrum Promocji Zdrowia w Tarasce (strona www: <http://www.centrumtaraska.pl/dw/Regulamin.pdf>).
7. W razie nagłych wypadków i niemożności kontaktu z rodzicami lub opiekunami decyzje o hospitalizacji i sposobie leczenia podejmuje wychowawca lub kierownik kolonii obecny na miejscu zdarzenia.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis ojca lub matki (opiekuna)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych wyłącznie do celów szkoleniowych Fundacji Art of Living Polska.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis