



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU z kursem YES Fundacji Art of Living Polska

1/ Dane dotyczące wycieczki

Miejsce: Centrum Promocji Zdrowia w Tarasce
Czas trwania wycieczki: 21.01.2018 do dnia: 27.01.2018
Prowadzący: ILONA PAWLUK
Organizator: Fundacja Art of Living Polska

2/ Dane uczestnika wycieczki (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 durinne.....

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 wycieczkę
2. Odmówić skierowania dziecka na wycieczkę 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: 21.01.2018 do dnia: 27.01.2018

.....
.....
Data
Podpis kierownika wypoczynku

10/ Oświadczenie

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w kursie prowadzonym przez Fundację Art of Living Polska (YES) 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 YES 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