

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI PÓŁKOLONII

1. Rodzaj placówki wypoczynku: Półkolonie
2. Adres placówki: ul. Zgoda 21, 05-300 Mińsk Mazowiecki
3. Czas trwania: **19-23.01.2026 r.**

(Miejscowość, data)

(Podpis organizatora placówki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. PESEL
4. Adres zamieszkania
5. nr telefonu dziecka (jeśli posiada)
6. Dane rodziców/opiekunów :
7. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
8. nr telefonu do rodziców M.....T.....

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Na co dziecko jest uczulone?
2. Czy ma chorobę lokomocyjną?
3. Czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach?
4. Czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary itp.?
5. Inne informacje przydatne dla organizatora wypoczynku:

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM **WSZYSTKIE** ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

(Miejscowość, data)

(Podpis rodziców lub opiekuna)

IV. WYRAŻAM ZGODĘ NA UCZESTNICTWO MOJEGO DZIECKA: W PÓŁKOLONIACH W DNIACH OŚWIADCZAM, ŻE MOJE DZIECKO JEST ZDROWE I MOŻE BRAĆ UDZIAŁ W PLANOWANYCH ZAJĘCIACH SPORTOWO-REKREACYJNYCH.

(Miejscowość, data)

(Podpis rodziców lub opiekuna)

Wyrażam zgodę na utrwalanie i publikowanie wizerunku mojego dziecka na profilu społecznościowym facebook/instagram Akademii Sztuk Walki oraz stronie internetowej www.akademiasztukwalki.com

(data)

(podpis rodziców/opiekunów dziecka)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

(data)

(podpis rodziców/ opiekunów)