

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA
TURNUSU TERAPEUTYCZNEGO

I Informacja organizatora o turnusie

1. Forma placówki: *Fundacja ING Dzieciom*
2. Adres placówki: *ul. 11 Listopada 12, 43-460 Wisła*
3. Czas trwania od do

Wisła,
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora)

II* Informacja rodziców (opiekunów) o dziecku skierowanym na turnus

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data i miejsce urodzenia
3. PESEL
4. Dziecko obecnie uczęszcza do klasy
5. Nazwa szkoły macierzystej
6. Numer legitymacji szkolnej
7. Pełny adres zamieszkania
8. Telefon kontaktowy

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

III* Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi okulary lub aparat ortodontyczny)

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

IV* Informacja o szczepieniach lub przedstawienie książeczki z zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonica, dur, inne

.....

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza, ojca, matki lub opiekuna)

V* Wyrażam zgodę na wyjazd mojego dziecka

na turnus w Ośrodku Fundacji ING Dzieciom w Wiśle, ul. 11 Listopada 12 organizowany w dniach – oraz jego udział w wycieczkach pieszych i autokarowych a także zajęciach sportowych na sali gimnastycznej, basenie oraz na świeżym powietrzu.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

VI* Jednocześnie wyrażam zgodę na zabiegi medyczne ratujące zdrowie i życie dziecka.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

VII Informacja wychowawcy klasy o dziecku

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

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wychowawcy lub rodzica)

VIII Potwierdzenie pobytu dziecka na turnusie

Dziecko przebywało na turnusie terapeutycznym w Ośrodku Fundacji ING Dzieciom w Wiśle przy ul. 11 Listopada 12 od dnia do dnia

Wiśla,

(miejscowość, data)

.....

(podpis organizatora)

IX Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu w placówce

.....
.....

Wiśla,

(miejscowość, data)

.....

(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej przez Organizatora konkursu na pomysł turnusu terapeutycznego w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka oraz realizacji programu „Turnusy Uśmiechu” (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych; tj. Dz.U. z 2015r. poz. 2135)

.....

(data)

.....

(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU I WYKORZYSTANIE UTWORÓW

Ja,, ur.....
w, legitymujący/a się dowodem osobistym:
seria, numer....., jako prawny opiekun małoletniej córki/syna:

.....
niniejszym nieodpłatnie wyrażam zgodę na utrwalenie wizerunku córki/syna na zdjęciach, filmie oraz na publikację wizerunku mojej córki/syna, utrwalonego w materiale zdjęciowym, filmowym stworzonym w trakcie pobytu na Turnusie Uśmiechu, organizowanym przez Fundację ING Dzieciom z siedzibą w Wiśle, ul. 11 Listopada 12 w dniach bez ograniczeń terytorialnych i czasowych za pośrednictwem materiałów drukowanych, Internetu i telefonii mobilnej, do użytku wewnętrznego i zewnętrznego Fundacji ING Dzieciom i ING Banku Śląskiego.

Niniejszym nieodpłatnie wyrażam również zgodę na wykorzystanie przez Organizatora konkursu na turnus terapeutyczny utworów powstałych podczas trwania turnusu. Moja zgoda nie jest ograniczona czasowo ani terytorialnie i obejmuje wszystkie znane pola eksploatacji.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna)