



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**  
(Podopiecznego Fundacji Bullerbyn)  
**DZIAŁANIE W RAMACH PROJEKTU WIOSKA BULLERBYN 2020**

.....  
imię i nazwisko dziecka - wypełnić drukowanymi literami

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Działanie w zakresie kształcenia i wychowania, obejmujące profilaktykę psychologiczno- pedagogiczną, realizowane przez Fundację Bullerbyn na rzecz wspólnoty dzieci i dorosłych, z siedzibą w Wilczej Górze, ul. Nieziemska 1, KRS 0000292425, NIP 1231134020.
2. Forma wycieczki: kolonia
3. Adres: ul. Warszawska 14, 05-555 Świętochów
4. Czas trwania wycieczki: .....

Świętochów, dn.....

.....  
podpis organizatora wycieczki

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK**

1. Data urodzenia dziecka: .....PESEL.....
2. Adres zamieszkania dziecka (w tym gmina):.....  
.....
3. Nazwa i adres szkoły (przedszkola):.....  
.....klasa:.....
4. Dane kontaktowe rodziców (opiekunów prawnych) dziecka
  - a) Imię i nazwisko, adres, tel.:.....  
.....
  - b) Imię i nazwisko, adres, tel.:.....  
.....
  - c) kontakt alternatywny.....  
.....

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis ojca, matki lub opiekuna

\*niepotrzebne skreślić

(Rodzic/opiekun wypełnia obowiązkowo strony 1,2,4)

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA ORAZ POZOSTAŁE ISTOTNE UWAGI DOTYCZĄCE POBYTU DZIECKA POZA DOMEM** (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary).

- .....  
.....  
.....
- W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.
  - Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nie ujawnionych chorób dziecka.
  - Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.
  - Stwierdzam, że podałem (am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wycieczki.

**IV. INFORMACJE O SZCZEPIENIACH I ZDOLNOŚCI DO UDZIAŁU W ZAJĘCIACH SPORTOWYCH**

A. SZCZEPIENIA OCHRONNE (proszę podać rok lub przedstawić książeczkę zdrowia z aktualnym wpisem szczepień): tężec ....., błonica ....., dur ....., inne.....

B. UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH SPORTOWYCH (orzeczenie lekarskie lub oświadczenie rodzica/opiekuna)

Lekarz - po zbadaniu dziecka: Wyrażam zgodę\*/Nie wyrażam zgody na udział dziecka w zajęciach sportowych.

Rodzic/opiekun: Oświadczam, że jest mi znany stan zdrowia mojego dziecka i że nie istnieją żadne przeciwwskazania do udziału dziecka w zajęciach sportowych realizowanych w ramach niniejszego Działania zgodnie z Regulaminem Uczestnictwa.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis lekarza/rodzica lub opiekuna

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU** (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun).

.....  
data

.....  
podpis wychowawcy lub rodzica/opiekuna

\*niepotrzebne skreślić

(Rodzic/opiekun wypełnia obowiązkowo strony 1, 2,4)

**VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA WYPOCZYNKU.** Postanawia się:

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

.....  
Data Podpis

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na kolonii, ul. Warszawska 14, 05-555 Świętochów,

od dnia..... do dnia.....

.....  
Data Czytelny podpis kierownika wypoczynku

**VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W TRAKCIE REALIZACJI DZIAŁANIA (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)**

Informacje dla rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

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

.....  
(miejsowość, data) (Podpis lekarza/pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY/INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

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

.....  
Miejscowość, data Podpis wychowawcy - instruktora

**X. OBOWIĄZKI FUNDACJI**

1. Przygotowanie i realizacja Wypoczynku/Działania zgodnie z obowiązującymi przepisami, Ogólnymi Warunkami Uczestnictwa i Regulaminem Uczestnictwa.

**XI. OŚWIADCZENIA RODZICA/OPIEKUNA:**

1. Zgodnie z moją deklaracją zawartą w formularzu zgłoszenia Podopiecznego oświadczam, że znana jest mi specyfika Projektu Wioska Bullerbyn i wyrażam zgodę na udział mojej rodziny w zajęciach o charakterze psychoedukacyjnym oraz deklaruję uczestnictwo w Projekcie Wioska Bullerbyn i proszę o przyjęcie mojej rodziny do grupy rodzin podopiecznych Fundacji, a mojego dziecka w poczet wychowanków Niepublicznej Placówki Oświatowo-Wychowawczej Wioska Bullerbyn.
2. Oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się z Ogólnymi Warunkami Uczestnictwa w Projekcie Wioska Bullerbyn oraz z Regulaminem Uczestnictwa opublikowanymi również na stronie internetowej Działania i, że akceptuję postanowienia zawarte w wymienionych dokumentach.
3. Oświadczam, że w związku z działaniem **jest/nie jest\*** wymagane specjalne postępowanie pod względem zdrowotnym lub formalnym względem mojego dziecka (patrz pkt. III oraz V).
4. Załączam wypełnioną **Kartę Informacji o dziecku**.
5. 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.)).

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis ojca, matki lub opiekuna

\*niepotrzebne skreślić

(Rodzic/opiekun wypełnia obowiązkowo strony 1,2,4)

\*niepotrzebne skreślić

(Rodzic/opiekun wypełnia obowiązkowo strony 1, 2,4)