

Wakacje w stajni 2018

Ośrodek Rekreacji Konnej "Pod Aniołami"

ul. Konna 10 85-674 Bydgoszcz

tel. 724 560 016

e-mail: biuro@myslecinek-konie.pl



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU „Wakacje w stajni”

I. INFORMACJA ORGANIZATORA

Forma wypoczynku: **Wakacje w stajni**

Organizator: Ośrodek Rekreacji Konnej „Pod Aniołami” ul. Konna 10 Bydgoszcz-Myślecinek

Czas trwania wypoczynku: od 16.07. do 20.07.2018r., w godzinach 9.00 – 15.00

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

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

Adres zamieszkania.....

Telefon do obojga rodziców/prawnych opiekunów

Adres rodziców/prawnych opiekunów w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

.....

Zobowiązuję się dowozić dziecko na miejsce wypoczynku oraz do domu zgodnie z czasem pobytu dziecka w stajni.

.....

(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub prawnego opiekuna)

III.A. INFORMACJA RODZICÓW/ PRAWNYCH OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, sprzęt ortopedyczny, specjalne zalecenia lekarskie)

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

III.B. INFORMACJE DOTYCZĄCE SAMODZIELNOŚCI I SAMOBSŁUGI DZIECKA

(np. proszę opisać czynności w których dziecko potrzebuje pomocy, sytuacje które mogą być kłopotliwe dla dziecka)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W OŚRODKU REKREACJI KONNEJ „POD ANIOŁAMI” I PRZYJMUJĘ NA SIEBIE ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SKUTKI WSZYSTKICH ZNANYCH MI, A NIEUJAWNIONYCH CHORÓB I URAZÓW DZIECKA JEDNOCZEŚNIE DEKLARUJĄC, ŻE STAN ZDROWIA MOJEGO DZIECKA – UCZESTNIKA, UMOŻLIWIA UDZIAŁ W WYPOCZYNKU W STAJNI.

W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

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

Wyrażam zgodę na wyjścia poza Ośrodek Rekreacji Konnej – w ramach prowadzonego programu wycieczki

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