

## Karta uczestnika warsztatów

### 1. DANE DZIECKA :

IMIĘ I NAZWISKO.....  
DATA URODZENIA.....  
ADRES ZAMIESZKANIA.....

### 2. DANE RODZICÓW (OPIEKUNA / -ÓW)

IMIĘ I NAZWISKO (MATKI/ OJCA).....  
TELEFON KONTAKTOWY.....

### 3. ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA

- A) Czy dziecko jest uczulone? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Alergeny.....  
.....  
Objawy alergii .....

- B) Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę lub jest w trakcie diagnozowania?  
TAK, dziecko choruje TAK, dziecko jest diagnozowane NIE (niepotrzebne skreślić)

Choroba .....

Symptomy .....

.....

- C) Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? TAK NIE (niepotrzebne skreślić) Kiedy i z jakiego powodu .....

- D) Czy dziecko przyjmuje leki? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Przyczyna .....

Nazwa i dawka leku .....

- E) Inne ważne informacje na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i diety dziecka:

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

- F) Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika, w szczególności o CHOROBIĘ LOKOMOCYJNEJ, potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

.....  
.....

### 4. OŚWIADCZENIE\* (\*właściwe podkreślić lub zaznaczyć)

- Oświadczam, że moje dziecko jest / nie jest \*ubezpieczone od następstw nieszczęśliwych wypadków na rok szkolny 2023/2024, tj. do 31.08.2024)
- Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na samodzielny powrót dziecka do domu po zakończeniu zajęć

półkolonii;

- W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje;
- Stwierdzam, że podałem(-am) wszystkie informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki;
- Oświadczam jednocześnie, że znam warunki uczestnictwa dziecka w warsztatach oraz regulamin warsztatów - osobny załącznik;
- Wyrażam zgodę na uczestniczenie mojego dziecka we wszystkich formach zajęć i wycieczkach, również tych wymagających przejazdu środkami transportu;
- Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka / dzieci w materiałach reklamowych organizatora wycieczki.

**5. OSOBY INNE UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA:**

Imię i nazwisko

.....

Imię i nazwisko

.....

Stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w czasie pobytu dziecka na półkoloniach. W razie zagrożenia życia lub zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie i hospitalizację, oraz zabiegi diagnostyczne, operacje. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w Karcie Uczestnika na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika zajęć (zgodnie z obowiązującym prawem, w tym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w Karcie Uczestnika na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika warsztatów (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r. poz. 2135, z późn. zm.)

.....

.....

Miejscowość i data

podpis Rodzica (opiekuna)