

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: Ośrodek wypoczynkowy Rewita w Waplewie
2. Adres placówki: Maróz 2, 11-015 Olsztynek
3. Czas trwania od -26-06-2021 do 04-07-2021

.....

(miejsce, data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzeniaMiejsce urodzenia.....
3. Adres zamieszkania
4. Nazwa i adres szkołyklasa
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
.....
telefon opiekuna.....
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokościzł
Słownie:zł

.....

(miejsce, data)

.....

(podpis rodzica lub opiekuna)

Nr konta na które należy dokonać wpłaty

BGŻ o/Elbląg,

UKS Olimpia Judo Elbląg

49 2030 0045 1110 0000 0250 3860

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 aparat ortodontyczny lub okulary);

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

Nr PESEL												
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	
-----------------------------	--

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

OŚWIADCZAM, IŻ W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienie ochronne (podać rok): tężec, błonica, dur,

inne.....

.....
.....

.....
/ data /

.....
/ podpis pielęgniarki /

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

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

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością

w wysokości zł słownie:

2. Zwolnić z odpłatności/zmniejszyć odpłatność do kwoty słownie:

..... ze względu

3. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu

.....

.....
(data)

.....
(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na obozie Waplewo 2018 w terminie:

od dnia do dnia

.....

(data)

.....

(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

**VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU
W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU
PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wychowawcy)

X. REGULAMIN SANITARNY PRZECIWIW COVID-19

Rodzice/prawni opiekunowie uczestników wycieczki:

1. zobowiązuję się do niezwłocznego - do 6 godzin- odbioru dziecka z wycieczki w przypadku wystąpienia u ich dziecka niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności)
2. odprowadzający i odbierający dziecko na zbiórkę są zdrowi, nie mają objawów infekcji lub choroby zakaźnej i nie zamieszkiwali z osobą przebywającą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych w okresie 14 dni przed rozpoczęciem wycieczki
3. jeżeli dziecko choruje na choroby przewlekłe mogące narazić je na cięższy przebieg zakażenia, rodzic/prawny opiekun, ma obowiązek poinformowania organizatora o tym fakcie na etapie zgłaszania udziału w wycieczki w karcie kwalifikacyjnej uczestnika wycieczki. W przypadku wystąpienia u uczestnika chorób przewlekłych konieczne jest dostarczenie opinii lekarskiej o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w wycieczki;
4. należy zaopatrzyć uczestnika wycieczki w indywidualne osłony nosa i ust do użycia podczas pobytu na wycieczki.
5. rodzice/ opiekunowie prawni dziecka i inne osoby spokrewnione mają zakaz odwiedzania dzieci w czasie udziału w wycieczki.
6. w dniu wyjazdu rodzic/opiekun prawny każdego uczestnika obozu złoży kwestionariusz sanitarny osób przebywających na obozie sportowym judo

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na Obozie sportowym judo w Waplewie

Adres placówki: Ośrodek wypoczynkowy Rewita w Waplewie, Maróz 2 11-015 Olsztynek

Czas trwania obozu: 26 czerwca- 4 lipca 2021

Data:

Dane uczestnika:

Nazwisko i imię.....

PSL dziecka.....

Ja niżej, podpisany mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na obozie sportowym judo, świadomy niebezpieczeństwa związanego z trwającym stanem epidemii spowodowanej przez wirusa SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej tym wirusem, oświadczam, że:

1. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez UKS Judo-Olimpia Elbląg mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem *SARS-CoV-2*, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że moje dziecko/wychowanek uczestniczy w Obozie sportowym na moją odpowiedzialność i ryzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie mojego dziecka/wychowanka wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie obozu sportowego na terenie Ośrodka wypoczynkowego Rewita w Waplewie, Maróz 2 11-015 Olsztynek, mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa *SARS-CoV-2*.
3. Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na obozie sportowym w załączeniu przekazuję odpowiedzi na następujące pytania, które są prawdziwe.

1. Czy dziecko ma jakiegokolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak kaszel, duszność oraz gorączka?

NIE TAK

Jeżeli zaznaczyła Pani /zaznaczył Pan odpowiedź TAK, to proszę wskazać występujące objawy:

.....
od kiedy dziecko ma w/w objawy.....

3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko miało kontakt z kimś, kto jest podejrzewany lub zdiagnozowany jako przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2?

NIE TAK

Jeżeli zaznaczyła Pani /zaznaczył Pan odpowiedź TAK, to proszę wskazać, czy dziecko było poddane testowi na obecność wirusa SARS-CoV-2 i jaki jest jego wynik

.....
.....

4. Czy zdiagnozowano u dziecka przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2?

NIE TAK

5. Czy dziecko przebywało w obowiązkowej kwarantannie, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.)?

NIE TAK

.....
(data)

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)