

# KARTA INFORMACYJNA

## A. INFORMACJE ORGANIZATORA

Rodzaj placówki: <b>DOM PIELGRZYMA</b>	Termin <b>15-20 lipca 2019 r.</b>
Miejsce: <b>STRACHOCINA</b>	

## B. PODSTAWOWE INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

Imię i nazwisko dziecka	
Data i miejsce urodzenia	Nr PESEL
Adres zamieszkania	Telefon
Nazwa i adres szkoły	
Adres rodziców (opiekunów) podczas pobytu dziecka na placówce, telefon	
Imię i nazwisko ojca (opiekuna)	Miejsce zatrudnienia ojca
Imię i nazwisko matki (opiekuna)	Miejsce zatrudnienia matki
Miejscowość i data	Podpis obojga rodziców lub (opiekunów)

## C. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dzieci:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> częste bóle brzucha | <input type="checkbox"/> drgawki z utratą przytomności |
| <input type="checkbox"/> częste bóle głowy   | <input type="checkbox"/> cukrzyca                      |
| <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel   | <input type="checkbox"/> zaburzenia równowagi          |
| <input type="checkbox"/> moczenie nocne      | <input type="checkbox"/> szybkie męczenie się          |
| <input type="checkbox"/> omdlenia            | <input type="checkbox"/> lęki nocne                    |
| <input type="checkbox"/> krwotoki z nosa     | <input type="checkbox"/> bóle stawów                   |
| <input type="checkbox"/> ataki duszności     | <input type="checkbox"/> padaczka                      |
| <input type="checkbox"/> częste wymioty      |  |

inne (wymienić):

2. Przebyte choroby ( w którym roku):

żółtaczka zakaźna .....	zapalenie wyrostka .....
częsta anginy .....	dur brzuszny .....
błonica .....	zapalenie ucha .....
zapalenie nerek .....	

inne choroby zakaźne:

inne choroby:

3. Czy dziecko było w ostatnim roku w szpitalu?

- nie  tak

powód

4. Na co dziecko jest uczulone?

5. Czy dziecko otrzymało surowicę?

- nie  tak

jaką i kiedy?

6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem?

- dobrze  źle

7. Czy dziecko nosi

okulary:

- nie  tak

aparat ortopedyczny:

- nie  tak

8. Czy dziecko przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach oraz inne uwagi o stanie zdrowia

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu opieki w czasie pobytu dziecka na placówce wypoczynku oraz, w razie konieczności, wyrażam zgodę na leczenie dziecka w placówkach leczenia zamkniętego.

Miejscowość i data

Podpis

#### **D. ZGODA RODZICA (OPIEKUNA) DOTYCZĄCA WYKORZYSTANIA DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA**

W nawiązaniu do zmian przepisów o ochronie danych osobowych i wymogiem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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, oświadczam iż, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zawartych w niniejszej karcie kwalifikacyjnej do celów związanych z prawidłową organizacją i prowadzeniem placówki wypoczynku w której moje dziecko przebywa.

Miejscowość i data

Podpis

Adnotacje

#### **Na wypoczynek należy zabrać:**

- Pismo Świąte
- zeszyt, długopis
- szkolny strój sportowy
- podstawowe środki higieniczne
- płaszcz przeciwdeszczowy.