

A. KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: PÓŁKOLONIA
2. Czas trwania wypoczynku: 23.07.12 - 28.07.12
3. Miejsce wypoczynku: Kraków, Proszowice, Dolinki podkrakowskie

II. DANE OSOBOWE DZIECKA

Imię:	
Nazwisko:	
Miasto:	
Adres:	
Kod pocztowy:	
Miejsce urodzenia:	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Filia MOPS Kraków	

III. KONTAKT Z RODZICAMI (OPIEKUNAMI) W TRAKCIE TRWANIA PÓŁKOLONII

RODZIC/OPIEKUN	
Imię i Nazwisko	
PESEL	
Telefon domowy	
Telefon mobilny lub do pracy	
Adres	
Miasto:	
Kod pocztowy:	



IV. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

1. Przebyte lub obecne choroby (podkreślić i podać, w którym roku życia):

odra
ospa
różyczka
świnka
szkarlatyna
żółtaczka zakaźna
choroby reumatyczne
choroby nerek (jakie?)
astma
padaczka

Inne:

2. Dziecko zażywa stałe leki (podkreślić) TAK/NIE

Jakie? nazwa, dawki, godziny:

3. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku (podkreślić):

omdlenia
drgawki
utrata przytomności
zaburzenia równowagi
tiki
ból głowy
ból brzucha
wymioty
częste anginy
ból stawów
ograniczenia ruchowe
szybkie męczenie się
jąkanie lub inne wady wymowy
niedosłuch
duszności
krwawienie z nosa
przewlekły kaszel
przewlekły katar

Inne:

4. Dziecko jest (podkreślić):

energiczne
nie lubi przebywać z ludźmi
nieśmiałe
ruchliwe
lubi dużo mówić i opowiadać
lubi, gdy jest dużo ludzi
szybko się złości
radosne
cierpliwe
często płacze
nie pokazuje swoich uczuć

Inne:

5. Dziecko jest uczulone (podkreślić) **TAK/NIE**.

Podać na co (nazwa leku, rodzaj pokarmu):

6. Dziecko ma specjalną dietę (jaką?)

7. Dziecko nosi (podkreślić):

okulary
aparat ortodontyczny
wkładki ortopedyczne
ma podwyższony obcas buta

Inne:

8. Jazdę samochodem znosi (podkreślić): **DOBRYE/ŹLE**

9. Inne uwagi:

Oświadczenie:

Stwierdzam, że podałem/-am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na półkolonii.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego szpitalne zabiegi diagnostyczne, operacje.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Fundację 3Rope z siedzibę w Krakowie danych osobowych dziecka i moich wyłącznie w celach i ramach prowadzonej przez Fundację działalności statutowej. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/-a faktu, że przysługuje mi prawo do ich wglądu i zmiany.

Wyrażam zgodę na udział dziecka w locie balonem, udział w zajęciach sportowych i innych zajęciach przewidzianych programem półkolonii oraz przestrzegania regulaminu półkolonii. Oświadczam, że program i regulamin półkolonii jest mi znany.

Wyrażam zgodę na robienie zdjęć i nagrywanie video podczas półkolonii mnie i mojemu dziecku oraz wykorzystanie ich w materiałach informacyjnych i reklamowych oraz na stronach www organizatora.

Czytelny Podpis Opiekuna/Taty:

Czytelny Podpis Opiekunki/Mamy:

PROJEKT W PROJEKCIE – NAUCZ SIĘ POMAGAC Z 3ROPE!

Fundacja 3rope

ul. Zacisze 12/3, 31-156 Kraków; www.3rope.org

B. INFORMACJA MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ (MOPS) W KRAKOWIE

I. KONTAKT Z PRACOWNIKIEM MOPS W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU:

Numer filii MOPS	
Imię:	
Nazwisko:	
Telefon kontaktowy:	

II. INFORMACJA PRACOWNIKA SOCJALNEGO O DZIECKU

np. agresja słowna, fizyczna, nadpobudliwość, trudności w nawiązywaniu kontaktów, nieśmiałość etc. (wymienić)

Projekt dofinansowany z Programu Operacyjnego
Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

III. DECYZJA PRACOWNIKA SOCJALNEGO O KWALIFIKACJI DZIECKA

Postanawia się:

Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek

Uwagi:

_____ (data)

_____ (podpis pracownika socjalnego MOPS)



Fundacja 3rope

ul. Zacisze 12/3, 31-156 Kraków; www.3rope.org

Projekt dofinansowany z Programu Operacyjnego
Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

**C. INFORMACJE ORGANIZATORA O POBYCIE DZIECKA NA
WYPOCZYNKU**

**III. UWAGI I SOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY
O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

I. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na półkolonii zorganizowanej przez Fundację 3Rope w ramach akcji: *Projekt w projekcie: naucz się pomagać z 3Rope!* dofinansowanej w ramach Programu Operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

od dnia _____ do dnia _____ 20 _____ r.

(data)

(podpis kierownika wycieczki)

(podpis pracownika socjalnego MOPS)

**II. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE
TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)**

(miejsce, data)

(podpis kierownika wycieczki)

(miejsce, data)

(podpis wychowawcy)

Fundacja 3rope

ul. Zacisze 12/3, 31-156 Kraków; www.3rope.org

*Projekt dofinansowany z Programu Operacyjnego
Fundusz Inicjatyw Obywatelskich*

**IV. UWAGI I SOSTRZEŻENIA PEDAGOGA
O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

PROJEKT W PROJEKCIE – NAUCZ SIĘ POMAGAC Z 3ROPE!

(miejscowość, data)

(podpis pedagoga)