

**ORGANIZATOR: POLSKI ZWIĄZEK PRODUCENTÓW ZIEMNIAKÓW
I NASION ROLNICZYCH W ŁODZI**

KARTA KWALIFIKACYJNA

I. Informacja organizatora wypoczynku.

1. Profilaktyka zdrowotna – wypoczynek –Kolonie letnie 2024
2. Adres placówki – Ośrodek Wypoczynkowo-Kolonijny DIAMENT, ul. Borkowska 6, 78-132 Grzybowo
3. Czas trwania: 02.07-10.07.2024 r.

Gańkówek Kol.
(06.05.2024 r.)

Marian Sikora - Prezes Zarządu
kom., 601 989 365

Organizator związkowy Emilia Ożarowska, tel. 694 973 156

I. WNIOSEK RODZICÓW(OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Nazwisko i imię dziecka.....
2. Data urodzenia.....Pesel.....
3. Adres zamieszkania.....tel.
4. Gmina.....powiat.....
5. Adres rodziców(opiekunów) w czasie pobytu dziecka na koloniach.....
.....tel.....
6. Imię i nazwisko rodzica ubezpieczonego w KRUS, (rencisty,).....
.....,
(miejscowość, data) (podpis rodzica/opiekuna)

II. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA .

1. Na co jest uczulone
2. Jak znosi jazdę autokarem.....
3. Czy przyjmuje stale leki – jakie....., w jakich dawkach.....
4. Czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary.....
5. Inne.....

Stwierdzam, że podałem zgodne z prawdą, wszystkie znane mi informacje o dziecku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L z 2016r. nr 119/1- (zwanym dalej RODO).

Administratorem danych Pana/Pani i dziecka jest FS USB w Warszawie. Dane przechowywane są przez okres trwania umowy między FS USB a PZPZINR nie dłużej niż 5 lat. Dane osobowe do FS USB przekazane są przez PZPZINR.

Wyrażam zgodę na dowieszenie dziecka do szpitala, przychodni lekarskiej wraz z problemami zdrowotnymi.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w transporcie autokarowym.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

III. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

Szczepienie ochronne: data i rok. Tęzec.....błonica.....

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki)

IV. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU:

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy)

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI DZIECKA.

Polski Związek Producentów Ziemniaków i Nasion Rolniczych

kwalifikuje dziecko - TAK NIE .

Zimowisko dofinansowane z FS USR 1 200,00 zł.

Wpłata

.....
(data)

.....
(podpis: Emilia Ożarowska)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKOWEJ.

Dziecko przebywało

(podać nazwę placówki)

od dnia.....

do dnia2024

.....
(data)

.....
(kierownik turnusu wypoczynkowej)

VII. INFORMACJA STANIE ZDROWIA DZIECKA NA WYPOCZYNKU

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

UWAGI na temat sprawowania się dziecka podczas pobytu na wypoczynku

.....
.....

.....

(miejsowość, data)

(kierownik turnusu wypoczynkowej)