



FUNDACJA ROZWOJU EDUKACJI TREFL

Sopot, ul. A. Majkowskiego 11, 81-719 Sopot

NIP: 5851406058, REGON: 192639687

tel. 507 820 273

ING Bank Śląski 39 1050 1764 1000 0022 7983 2451

www.gca.edu.pl, e-mail: gca@treff.com

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA
DO UDZIAŁU W PÓŁKOLONIACH LETNICH 2020 W GDYŃSKIM CENTRUM
ANIMACJI**

Imię i nazwisko dziecka

.....

Prosimy zaznaczyć wybrany termin

05.07.2021 – 9.07.2021

12.07.2021 -16.07.2021

Letnia Akademia Dźwięku

Letnia Akademia Animacji

Informacje dodatkowe:

O uczestnictwie w półkoloniach decyduje kolejność zgłoszeń.

W celu zapisania dziecka na półkolonie należy:

1. Wypełnić i odesłać KARTĘ ZGŁOSZENIA DZIECKA – 1 i 2 strona karty skanem na adres mailowy: gca@treff.com (oryginały dostarczyć w pierwszym dniu turnusu lub pocztą na adres firmy)

Część A. Wypełnia rodzic lub opiekun prawny

I. Wniosek rodziców (opiekunów prawnych) o skierowanie dziecka na wypoczynek

.....
Imię i nazwisko zgłaszanego dziecka

Wiek i data urodzenia dziecka

PESEL

Adres zamieszkania dziecka

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów)

.....

Adres zamieszkania rodziców (opiekunów)

Telefony kontaktowe:

Adres e-mail:

II. Osoby upoważnione do odbioru dziecka (poza rodzicami lub opiekunami prawnymi)

Zobowiązuję się do punktualnego odbioru dziecka z półkolonii. Osoby upoważnione do odbioru dziecka (prosimy podać więcej niż jedną osobę, gdyby wystąpiły jakieś nieprzewidziane okoliczności i rodzice nie mogliby odebrać dziecka)

Lp.	Nazwisko i imię	Numer dowodu osobistego	Podpis rodzica
1.			
2.			
3.			
4.			

III. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka

Czy dziecko jest na coś uczulone? Dotyczy także pokarmów	Tak (na co, czego dziecko nie może jeść?)	Nie
Czy istnieją przeciwwskazania do wysiłku?	Tak (jakie?)	Nie
Czy dziecko cierpi na jakieś choroby lub występują u niego różne dolegliwości?	Tak (właściwe zaznaczyć) Padaczka krwawienie z nosa omdlenia duszności silne bóle głowy brzucha inne (jakie?)	Nie
Czy dziecko przyjmuje jakieś leki?	Tak <ul style="list-style-type: none">• przyczyny (nazwa choroby): • nazwy i dawki i godziny przyjmowanego leku: • czy dziecko przyjmuje leki samodzielnie:	Nie
Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny lub okulary?	Tak	Nie
Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)	tężec błonica dur inne	
Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka		

Informacja o specjalnych potrzebach uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSTKIE ZNANE INFORMACJE O MOIM DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA PÓŁKOLONIACH.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ (wymagane)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego podopiecznego/dziecka przez Fundację Rozwoju Edukacji TREFL z Siedzibą w Sopocie zgodnie z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w związku z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 marca 2016r. w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży (Dz.U. 2016 poz. 452) określającego wymagany zakres pobieranych danych osobowych.

Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę*

Oświadczam, że dziecko jest objęte ubezpieczeniem
Wnoszę o ubezpieczenie dziecka na czas trwania półkolonii

*zaznaczyć krzyżykiem X

OŚWIADCZENIA

* Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym dziecka lub ucznia zgodnie z art.94§1 lub art. 98§1 ustawy z dnia 25 lutego 1964r.

Kodeks rodzinny

i opiekuńczy (Dz.U. z 2017r., poz 682) pełnoletniego ucznia.

*Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem / prawnym opiekunem dziecka lub ucznia / lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem.

(podpis rodzica/prawnego opiekuna pełnoletniego)

Część B. Wypełnia organizator wycieczki.

IV. DECYZJA O KWALIFIKACJI DZIECKA

Postanawia się:

Zakwalifikować i skierować dziecko na wycieczkę.

Odmówić skierowania dziecka na wycieczkę ze względu:

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYCIECZKI POBYTU DZIECKA W MIEJSCU WYCIECZKI

Dziecko przebywało na:

.....
(forma i adres miejsca wycieczki)

od dnia do dnia

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wycieczki)

VI. INFORMACJA KIEROWNIKA WYCIECZKI O STANIE ZDROWIA DZIECKA

W CZASIE TRWANIA WYCIECZKI (dane o zachorowaniach, urazach, itp.)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wycieczki)

* Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

VII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYCIECZKI

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy - instruktora)