

I. Informacje organizatora wycieczki

1. Adres placówki: *DOM W CZASÓW DZIECIĘCYCH*, ul. *Potockich 3*, 38-481 Rymanów Zdrój, woj. *podkarpackie*.
2. Telefon kontaktowy dla rodziców: **(013) 43 57 404**
3. E-mail: dwdz@vp.pl
4. Strona internetowa: dwdz-rymanowzdroj.vot.pl
5. **Czas trwania turnusu : 04-08.04.2018r.**

II. Informacje dotyczące uczestnika wycieczki

1. Imię /imiona/ i nazwisko dziecka.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. PESEL dziecka.....
4. Imiona i nazwiska Rodziców/prawnych opiekunów.....
.....
.....
5. Adres zamieszkania ucznia.....
.....
6. Adresy zamieszkania Rodziców/prawnych opiekunów.....
.....
.....
7. Telefon kontaktowy do Rodziców dziecka.....
.....
8. Nazwa i adres szkoły.....
.....klasa.....

III. Informacje rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka

Drogi Rodzicu, wypełniając dokładnie tę część karty, umożliwisz nam zapewnienie właściwej opieki nad Twoim dzieckiem w czasie trwania turnusu.

1. Aktualnie występujące dolegliwości i objawy u dziecka (podkreśl właściwe)

omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły katar, szybkie męczenie się, bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, inne:

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

2. **Alergie (pokarmowe, polekowe, kontaktowe, inne)**

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

3. Czy dziecko wymaga stosowania diety TAK NIE

jakiej.....
.....

4. Przebyte choroby zakaźne: żółtaczką, różyczką, ospa, odra, świnka.

5. Sprzęt pomocniczy: np. aparat słuchowy, aparat ortodontyczny, okulary.

6. Jazdę autokarem znosi DOBRZE ŹLE

7. Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu (podać powód).....

.....
.....

8. Szczepienia ochronne /podać rok/: tężec....., błonica....., dur.....,

inne.....

9. **Leki własne /przywiezione z domu/ które muszą być podawane dziecku podczas pobytu w Domu Wczasów Dziecięcych w Rymanowie Zdroju**

(nazwa i sposób podawania)

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

10. Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku przygotowanych przeze mnie lekarstw w razie zaistnienia takiej potrzeby:

a. ból głowy - nazwa leku.....

b. ból gardła – nazwa leku.....

c. ból żołądka – nazwa leku.....

d. gorączka – nazwa leku

e. choroba lokomocyjna – nazwa leku.....

w/w lekarstwa w podpisany opakowaniu dziecko powinno przywieźć z domu

/po przyjeździe zostaną zebrane do depozytu, leki niewykorzystane zostaną zwrócone dziecku w dniu wyjazdu/

.....
czytelny podpis matki, ojca lub opiekuna

11. Inne istotne informacje o dziecku /informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych, niepełnosprawności, niedostosowaniu społecznym lub zagrożeniu niedostosowaniem społecznym/.....

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

ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wyrażam zgodę na :

- transport mojego dziecka.....:
samochodem prywatnym, taxi, karetką pogotowia do szpitala i z powrotem do Domu Wczasów Dziecięcych w Rymanowie Zdroju w razie zaistnienia takiej potrzeby,
- udział dziecka w wycieczkach autokarowych zorganizowanych na turnusie w DWDz.,
- przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka /zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2014r. poz.1182, z późn.zm./
- wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody * na nieodpłatne wykorzystywanie zdjęć zrobionych mojemu dziecku podczas pobytu w DWDz. w celu umieszczania ich na stronie internetowej i w materiałach promocyjnych Placówki.
- wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej podczas pobytu w DWDz.
- oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność finansową za szkody wyrządzone przez moje dziecko w czasie pobytu w DWDz.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. Informacja o dziecku wychowawcy klasy

.....
.....

(podpis wychowawcy)

*niepotrzebne skreślić