**KARTA KWALIFIKACYJNA PÓŁKOLONII SPORTOWEJ**

organizowanej przez

AKADEMIĘ KARATE TRADYCYJNEGO

W RZESZOWIE

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: *PÓŁKOLONIA SPORTOWA*

2. Adres: *Akademia Karate Tradycyjnego ul.Podpromie 10 35-959 Rzeszów*

3. Czas trwania/termin *10 dni/ 9-20.07.2018r., 20-30.08.2018r.,*Rzeszów,

(podpis organizatora wypoczynku )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE**

**DZIECKA NA WYPOCZYNEK**

1.Imię i nazwisko dziecka: .........................................................

2.Data urodzenia: ..........................................

3.Adres zamieszkania:...................................................................................... .....................................................

tel. kontaktowy:...................................

4.Nazwa i adres szkoły: ............................................. klasa.....................

Adres rodziców (opiekunów): dziecka przebywającego na

wypoczynku:....................................................................................................... tel. kontaktowy:................................

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka
przebywającego na półkolonii.

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

(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA:** (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

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

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego)

**IV. OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na:

1. Przechowywanie i przetwarzanie przez Akademię Karate Tradycyjnego danych osobowych Rodzica i Dziecka w celu niezbędnym dla realizacji zajęć sportowych, utrzymywania kontaktu z Rodzicem przez prowadzącego zajęcia, w celach informacyjnych

2. Nieodpłatne i anonimowe wykorzystanie wizerunku dziecka w formie zdjęć lub filmów z zajęć sportowych realizowanych w AKT Rzeszów, przez ich zwielokrotnianie dowolną techniką, w tym umieszczanie ich: na stronie internetowej, profilu FB, kanale YouTube w materiałach marketingowych, promocyjnych i informacyjnych dotyczących Akademii Karate Tradycyjnego,

 ………..……………………………..

 (podpis uczestnika lub opiekuna)

**V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się

1.Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek

ze względu: .........................................................

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

(data) (podpis )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA** **WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na półkolonii sportowej w *Akademia Karate Tradycyjnego ul.Podpromie 10 35-959 Rzeszów* w dniach *25-29.06.2018r., 9-13.07.2018r., 20-24.08.2018r., 27-31.08.2018r.\**

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

(data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym

lub hospitalizacji dziecka

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

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej

opiekę medyczną podczas wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

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

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_