WAGABUNDA TRAVEL

ul. Kolista 26/33, 54-152 Wrocław
NIP: 8943135870 REGON: 381938981
tel +48 506 426 042/607 865 680
email: info@wagabundatravel.com
strona:www.wagabundatravel.com

KARTA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: **KOLONIA LETNIA**
2. Adres placówki: **O.K.W „BARKA"**
   ul. Bałtycka 67, 76-107 Jarosławiec
3. Czas trwania: **18 – 31 lipca 2021 (14 dni)**

II WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
.....
2. Data urodzenia
.....miejsce urodzenia ……
3. Adres zamieszkania ....

PESEL dziecka: .....

6. Nazwa i adres szkoły.....
7. Imiona, nazwiska i adres rodziców (opiekunów prawnych) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
.....
.....tel. ....

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 PODAŁEM(AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. **W razie zagrożenia życia wyrażam zgodę na pobyt dziecka w szpitalu oraz udzielenie wszelkiej pomocy medycznej**

IV. ZOBOWIĄZANIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

1. **Zobowiązuję** się do pokrycia ewentualnych kosztów leków podczas zachorowania w czasie pobytu dziecka **oraz pokrycia szkód wyrządzonych przez moje dziecko** podczas trwania turnusu.
2. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, że Wagabunda Travel S.C. nie bierze odpowiedzialności za utracone w czasie imprezy rzeczy oraz przedmioty wartościowe,

V. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Sczepienia ochronne (podać rok): tężec ....., błonica ....., dur .....
Inne.....
.....
.....
.....
....
(miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej)

VI. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....
.....
Od dnia ..... do dnia..... 2021r.

....
(data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

(miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej karcie do celów związanych z prawidłową organizacją wypoczynku oraz w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka. Wyrażam zgodę na przechowywanie danych osobowych w zasobach firmy.

PODPIS RODZICA / OPIEKUNA .....

MIEJSCOWOŚĆ.....**DATA** .....

email: info@wagabundatravel.com
tel: 506-426-042/// 607-865-680