



WAGABUNDA TRAVEL

ul. Kolisty 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: **Ośrodek Wczasowy „Solinka”
Bukowiec 80, 38-610 Polańczyk**
3. Czas trwania: **09 – 19 sierpnia 2021 (11 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**

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

Szczepienia 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