##

## KARTA ZGŁOSZENIOWA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

##  MAŁOPOLSKIE CENTRUM TAŃCA

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA PÓŁKOLONII

1. Dane organizatora: MAŁOPOLSKIE CENTRUM TAŃCA Łukasz Woźniak, TOMASZKOWICE 440

 NIP: 676-203-69-91 REGON: 356789210

2. Adres placówki: Tomaszowice 440, 32-020 Wieliczka

3. Czas trwania półkolonii: 5 dni

4. Forma wypoczynku: Letnia Półkolonia z MCT

5. Cena: 590 zł

6. Forma płatności: przelew na konto Bank Santander 89 1090 1665 0000 0001 3315 1482

7. Termin turnusu (Proszę zaznaczyć znakiem „x” wybrany termin):

* 29.06 - 3.07
* 6.07 - 10.07
* 13.07 - 17.07
* 20.07 - 24.07
* 27.07 - 31.07
* 3.08 - 7.08
* 10.08 - 14.08
* 17.08 - 21.08
* 24.08 - 28.08

8. Rodzaj półkolonii (Proszę zaznaczyć znakiem „x” wybrany rodzaj półkolonii):

* Taneczna
* Sportowa

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

 (miejscowość, data) (podpis Rodzica lub Opiekuna) (podpis Organizatora Półkolonii)

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PÓŁKOLONIĘ**

 DANE UCZESTNIKA I RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA ZGŁASZAJĄCEGO NA PÓŁKOLONIĘ

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

……………………………………………………………………………………tel.:…………………………………………………...

1. Adres zameldowania (jeśli inny niż zamieszkania): …………………………………………………………………

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

1. Nazwa i adres szkoły: ……………………………………………………………………………………………………………..

............................................................................................................................................… ……………………………………………………………………………… klasa:……………………………………………..........

1. Imiona i nazwiska, oraz adres Rodziców (Opiekunów Prawnych) dziecka przebywającego na półkolonii: ........................................................................................................................................................................adres:…………………………………………………………..………………………………….…………………………………………………………………………tel.:....................................................................
2. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości: 590 zł (słownie: pięćset dziewięćdziesiąt zł.)

………………………………… …………………………………

 (miejscowość, data) (podpis Rodzica 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);

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA |  |

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA PÓŁKOLONII

OŚWIADCZAM,IŻ W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE,OPERACJE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych karcie zgłoszeniowej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

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

 (data) (podpis Rodzica lub Opiekuna)

### IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

 lub przedstawienie ksero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienie ochronne (podać rok): tężec ......................., błonica ......................, dur .......................

…………………………………………. …………………………………………

 (data) (podpis Rodzica lub Opiekuna)

Dodatkowe informacje o Dziecku:

...........................................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………..…………

…………………………………………. …………………………………………

 (data) (podpis Rodzica lub Opiekuna)

**VI. OŚWIADCZENIE RODZICÓW ODNOŚNIE OSOBY/OSÓB UPRAWNIONYCH DO ODBIORU DZIECKA PO ZAJĘCIACH**

1. ..................................................................................(imię i nazwisko uprawnionej osoby)

2. ..................................................................................(imię i nazwisko uprawnionej osoby)

Dziecko może samo wracać z zajęć półkolonii …………………………………(podpis Rodzica lub Opiekuna)

**VII. OŚWIADCZENIE RODZICÓW W ZWIĄZKU Z COVID-19**

1. Oświadczam, że moja córka/ mój syn:

……………………………………………………………………………………………

(nazwisko i imię dziecka)

nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Stan zdrowia dziecka oraz najbliższej rodziny jest dobry, syn/córka nie przejawia żadnych oznak chorobowych np. podwyższona temperatura, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe. Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka do placówki MCT w aktualnej sytuacji epidemiologicznej i jestem świadom zagrożenia epidemiologicznego płynącego z obecnej sytuacji w kraju.

…………………………………………. …………………………………………

 (data) (podpis Rodzica lub Opiekuna)