

**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.:.....
4. Adres zameldowania (jeśli inny niż zamieszkania): .....  
.....

5. Nazwa i adres szkoły: .....  
 .....  
 ..... klasa:.....
6. Imiona i nazwiska, oraz adres Rodziców (Opiekunów Prawnych) dziecka przebywającego na półkolonii: .....  
 .....adres:.....  
 .....tel.:
7. 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 postanie dziecka do placówki MCT w aktualnej sytuacji epidemiologicznej i jestem świadom zagrożenia epidemiologicznego płynącego z obecnej sytuacji w kraju.

.....  
(data)

.....  
(podpis Rodzica lub Opiekuna)