

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WARSZTATÓW

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WARSZTATÓW:

1. Nazwa: **Warsztaty kosmiczne dla Młodzieży "Junior Space Camp"**
2. Rozpoczęcie: **28 czerwca 2025, 17:00**
3. Zakończenie: **6 lipca 2025, 17:00**
4. Miejsce:
adres: **Habitat AATC, 33-163 Rzepiennik Suchy, Polska**
koordynaty: 49.78020273007342 N, 21.1010791290754 S
mapa: <https://maps.app.goo.gl/eHF2WVM7ozvSt7R29>

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WARSZTATÓW:

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów :
3. Data i miejsce urodzenia: NR PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

III. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA, JEGO ROZWOJU

PSYCHOFIZYCZNYM I STOSOWANEJ DIECIE (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy jest nosicielem chorób zakaźnych, pasożytów i bakterii, czy ma padaczkę, wady serca, cukrzycę, wirusa HIV, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, czy ma nawyki, lęki, stany depresyjne, ADHD, Aspergera lub inne zaburzenia rozwojowe):
.....
.....

IV. INFORMACJA O SPECJALNYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH UCZESTNIKA

(w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym):
.....

V. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH (lub załączenie kserokopii książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonica, dur, inne

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

Wyrażamy zgodę na fotografowanie i filmowanie dziecka, a także na wykorzystywanie jego wizerunku przez organizatora.

Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ojca/opiekuna)

.....
(podpis matki/opiekuna)

VI. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WARSZTATÓW

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu i chorobach przebytych w jego trakcie itp.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców/opiekunów prawnych o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka!!!

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika warsztatów)

I. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY- INSTRUKTORA O UCZESTNIKU:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy - instruktora)

I. POTWIERDZENIE POBYTU UCZESTNIKA NA WARSZTATACH:

Uczestnik przebywał na
(forma i adres miejsca warsztatów)

od dnia do dnia 2025 r.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika warsztatów)

**ZAŁĄCZNIK DO KARTY KWALIFIKACYJNEJ
NA WARSZTATY KOSMICZNE Junior Space Camp**

DANE DO SZYBKIEGO KONTAKTU:

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Telefon do szybkiej komunikacji:
Matka/Opiekun Dziecka: tel.
Ojciec/Opiekun Dziecka: tel.

OŚWIADCZENIA I ZGODY RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH:

1. *Stwierdzam, że podałam (em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku.*
2. *Oświadczam, że moje dziecko oraz osoby pozostające z nim we wspólnym gospodarstwie domowym nie mają objawów zakażenia chorobami zakaźnymi oraz nie przebywają na obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych.*
3. *Oświadczam, że zdaję sobie sprawę, że mimo podjęcia przez organizatora odpowiednich środków bezpieczeństwa i działania w oparciu o wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego, nadal istnieje możliwość zakażenia chorobami zakaźnymi podczas obozu.*
4. *Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli moje Dziecko będzie stwarzać zagrożenie dla siebie i innych nie podporządkowując się poleceniom trenerów, nie będzie mogło uczestniczyć w dalszej części obozu i zostanie przeze mnie odebrane niezwłocznie po przekazaniu mi tej informacji przez kierownika obozu.*
5. *Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli moje Dziecko przejawiać będzie niepokojące objawy chorobowe, zostanie odizolowane w odrębnym pomieszczeniu. Zobowiązuję się w takiej sytuacji odebrać moje Dziecko w trybie pilnym (do 12 godzin), po otrzymaniu informacji telefonicznej od kierownika obozu.*
6. *Jestem świadoma/y możliwości zarażenia się chorobami zakaźnymi: mojego dziecka, mnie, moich domowników, trenerów i innych dzieci na obozie.*
7. *Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego.*

Miejscowość:

Data:

(podpis Ojca/ prawnego opiekuna)

(podpis Matki/ prawnej opiekunki)