

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA SZKOŁY LIDERA  
POLONIJNEGO JA – LIDER**  
(Warszawa-Poronin 24.6-4.7 2018)

**A. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na wyjazd edukacyjny**

1. Imię i Nazwisko dziecka.....
2. Seria i nr paszportu.....
3. Data urodzenia dziecka .....
4. Adres zamieszkania.....  
.....
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku: .....
6. Telefon.....

**B. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka i szczepieniach**

*(prosimy udzielić niezbędnej informacji)*

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Przebyte choroby (podać w którym roku życia) odra ..... ospa wietrzna  
.....  
różyczka.....świnka.....szkarlatyna.....WZW.....astma  
.....  
padaczka.....alergie .....inne (podać trwające choroby przewlekłe)  
.....
3. Dziecko przeszło szczepienia ochronne (podać rok): tężec.....błonica  
.....dur.....inne .....
4. U dziecka występują\*: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia  
równowagi, omdlenia, bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu,

- moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, angina, duszności bóle stawów,  
wymioty, inne.....  
.....
5. Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać  
przyczynę i kiedy .....
  6. Dziecko jest uczulone na .....
  7. Dziecko winno stale nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne.....\*
  8. Jazdę autobusem znosi dobrze/źle\*
  9. Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecone dawkowanie) .  
.....
  10. Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących  
produktów:  
.....

**C. Oświadczenia rodziców**

1. Oświadczam, że (imię i nazwisko dziecka).....  
posiada polskie pochodzenie.  
.....

(Data)

(podpis opiekuna prawnego)

2. Ja (imię i nazwisko rodzica/opiekuna).....  
wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Fundację Wolność  
i Demokracja z siedzibą w Warszawie, al. Jerozolimskie 30/14, naszych  
danych osobowych w ramach projektu „Szkoła lidera polonijnego Ja-Lider”  
w tym w celu organizacji i realizacji wypoczynku mojego dziecka.  
Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/y faktu, że przysługuje mi  
prawo do wglądu do danych osobowych i ich poprawiania. Wyrażam zgodę na

bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z udziałem mojego dziecka zebranych w trakcie pobytu na wyjeździe w celach promocyjnych.

.....

(Data)

(podpis opiekuna prawnego)

3. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze wyjazdu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.

.....

(Data)

(podpis opiekuna prawnego)

4. Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmuję do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.

.....

(Data)

(podpis opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić