



EDUme

**PÓŁKOLONIE  
LETNIE 2024**

Z A Ł A C Z N I K 2

**OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO KURSANTA  
O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA (DZIECKA)**

Wrocław \_\_\_\_\_ r.

Niepubliczna Placówka Oświatowo - Wychowawcza „EduMe”  
ul. Legnicka 62 54-204 Wrocław  
NIP: 897 160 87 25

**KARTA KWALIFIKACYJNA KURSANTA**

Niniejszym oświadczam, że nie są mi znane przeciwwskazania medyczne, które mogłyby stać na przeszkodzie w uczestnictwie mojego dziecka w ww. półkolonii.

1. Imię i nazwisko Kursanta: \_\_\_\_\_
2. Data urodzenia (ROK-MIESIĄC-DZIEŃ): \_\_\_\_\_
3. Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_
4. Imiona i nazwiska Przedstawiciela Ustawowego Kursanta: \_\_\_\_\_
5. Adres zamieszkania lub pobytu Przedstawiciela Ustawowego Kursanta: \_\_\_\_\_
6. Numer telefonu Przedstawiciela Ustawowego Kursanta: \_\_\_\_\_
7. Informacja o specjalnych potrzebach uczestnika, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku szczepienia):

tężec \_\_\_\_\_

błonica \_\_\_\_\_

dur \_\_\_\_\_

inne \_\_\_\_\_

**oraz numer PESEL Kursanta** \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2135 z późn.zm.)).

\_\_\_\_\_  
Podpis Przedstawiciela Ustawowego Kursanta

**TELEFON**  
500 832 960

**E-MAIL**  
biuro@edu-me.pl

**WWW**  
edu-me.pl