



EDUme

**PÓŁKOLONIE
ZIMOWE 2025**

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