

E. INFORMACJA I OPINIA O POBYCIE NA DNIACH SKUPIENIA

1. Uczestnik przebywał na wypoczynku od dnia do dnia

2. Informacja o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania wypoczynku, zachorowaniach, urazach, leczeniu w czasie trwania wypoczynku:

3. Opinia o przeżyciu rekolekcji przez uczestnika:

Miejscowość, data

Podpis animatora

Podpis Moderatora

F. REZYGNACJA Z REKOLEKCJI PRZED PLANOWANYM ZAKOŃCZENIEM

1. Powód rezygnacji:

2. Przekazano opiekę nad dzieckiem rodzicom/opiekunom prawnym.

Miejscowość, data

Podpis
rodziców/opiekunów
prawnych

Podpis Kierownika
Wypoczynku



KARTA UCZESTNIKA

Grupy Apostolskie - Ruch Apostolstwa Młodzi
Archidiecezji Krakowskiej

DNI SKUPIENIA

31-007 Kraków, ul. Wiślna 12/7
tel. 12 628 82 29

biuro@grupyapostolskie.pl
grupyapostolskie.pl

A. INFORMACJE O REKOLEKCJACH

Nazwa rekolekcji	Jesienne Dni Skupienia „Listopadówka”		
Miejscowość	Zawadka	Termin	6-8.11.2020

B. INFORMACJE O UCZESTNIKU (Prosimy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko										
PESEL										
Miejsce urodzenia										
Szkoła							Klasa		Wiek	
Adres zamieszkania										
Kod pocztowy			-				Poczta			
Parafia zamieszkania <i>(wezwanie, miejscowość)</i>										
Telefon <i>(do rodziców, opiekunów, osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika)</i>										
Mail										

C. DECYZJA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA (wypełnia Organizator)

Postanawia się	<input type="checkbox"/>	zakwalifikować uczestnika	Pieczęć i podpis organizatora
	<input type="checkbox"/>	odmówić zakwalifikowania ze względu:	
		
		
		

D. OŚWIADCZENIA RODZICÓW

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

2. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (czy dziecko jest uczulone, jak znosi jadę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary):

3. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawieni książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień załączone do niniejszej karty):

- tężec
- błonica
- dur
- inne

Informację, które podaje są zgodne ze stanem rzeczywistym. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na rekolekcjach.

Oświadczam, że na czas Rekolekcji Formacji Apostolskiej zlecam opiekę nad moim dzieckiem wychowawcom skierowanym przez Ruch Apostolstwa Młodzieży. Równocześnie oświadczam, że zgadzam się na jego wyjazd na Rekolekcje. Oświadczam, że znane mi są zasady ideowe oraz wymagania regulaminowe obowiązujące na Rekolekcjach RAM.

Przyjmuje do wiadomości, że w przypadku poważnego naruszenia reguł i zasad wypoczynku, stwarzania sytuacji zagrażających życiu i zdrowiu pozostałych uczestników, uczestnik może zostać wydalony z placówki na koszt własny (rodziców/opiekunów prawnych); w takim wypadku rodzice/opiekunowie prawni zobowiązani są do odebrania dziecka z ośrodka w ciągu 24 godzin od zgłoszenia przez Kierownika wypoczynku.

Przyjmuję odpowiedzialność cywilno-prawną za szkody wyrządzone przez dziecko i zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych kosztów naprawy.

Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z udziałem uczestnika Rekolekcji, zebranych w trakcie pobytu na rekolekcjach w celach promocyjnych RAM.

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

Zapoznałem się i akceptuję Regulamin Rekolekcji Grup Apostolskich – Ruchu Apostolstwa Młodzieży Archidiecezji Krakowskiej dostępny na stronie grupapostolskie.pl

Miejscowość, data

Podpis Rodziców/opiekunów prawnego