

E. INFORMACJA I OPINIA O POBYCIE NA DNIACH SKUPIENIA

1. Uczestnik przebywał na Dniach Skupienia od dnia do dnia

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

3. Opinia o przeżyciu Dni Skupienia przez uczestnika:



KARTA UCZESTNIKA

Grupy Apostolskie - Ruch Apostolstwa Młodzieży
Archidiecezji Krakowskiej

DNI SKUPIENIA

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

biuro@grupyapostolskie.pl
grupyapostolskie.pl

A. INFORMACJE O DNIACH SKUPIENIA

Nazwa rekolekcji	Dni Skupienia dla Animatorów i Moderatorów		
Miejscowość		Termin	

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

Imię i Nazwisko											
PESEL											
Miejsce urodzenia											
Szkoła										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	Pieczeń i podpis organizatora
	<input type="checkbox"/>	odmówić zakwalifikowania ze względu:	
		
		
		

Miejscowość, data

Podpis Moderadora

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. Inne uwagi o stanie zdrowia uczestnika

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

Oświadczam, że zgadzam się na jego wyjazd na Dni Skupienia. Oświadczam, że znane mi są zasady ideowe oraz wymagania regulaminowe obowiązujące na Dniach Skupienia 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 uczestnika i zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych kosztów naprawy.

Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z udziałem uczestnika Dni Skupienia, 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.).

Miejscowość, data

Podpis Rodziców/opiekunów prawnego