

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....
.....

oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec

błonica

inne

.....

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYCIECZKI O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYCIECZKI DO UDZIAŁU W WYCIECZKI

Postanawia się¹⁾:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę

odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYCIECZKI POBYTU UCZESTNIKA WYCIECZKI W MIEJSCU WYCIECZKI

Uczestnik przebywał
(adres miejsca wycieczki)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wycieczki)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYCIECZKI O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYCIECZKI W CZASIE TRWANIA WYCIECZKI ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wycieczki)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wycieczki)

1) Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

2) W przypadku wycieczki o charakterze wędrownym.

3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

DODATKOWE PYTANIA ORGANIZATORA

Prosimy nie zostawiać pustych miejsc! Jeżeli punkt nie dotyczy Państwa dziecka należy wpisać „NIE DOTYCZY”

Dokładamy wszelkich starań aby Państwa dzieci były w pełni zaopiekowane, dlatego też ważne jest dla nas posiadanie jak najszerzej informacji dotyczącej stanu ich zdrowia, indywidualnych zachowań, obaw i ewentualnego postępowania w przypadku jakichkolwiek dolegliwości.

1. **Dolegliwości, które występują u dziecka:** częste bóle głowy/brzucha/stawów, omdlenia, zaburzenia równowagi, wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, inne (jak często występują, Państwa postępowanie w danej sytuacji, stosowane leki, zachowanie dziecka, czy radzi sobie samodzielnie czy potrzebuje indywidualnej opieki)
.....
.....
2. Prosimy o odpowiedź **TAK/NIE** na poniższe pytania:
 - a. Czy dziecko wyjeżdża po raz pierwszy samodzielnie? TAK / NIE
 - b. Czy dziecko może mieć problemy z aklimatyzacją? TAK / NIE
 - c. Czy dziecko ma problemy z samodzielnym spaniem? .TAK / NIE
 - d. Czy u dziecka występuje lub jest podejrzewany Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)? Jeżeli TAK, prosimy o podanie możliwych zachowań i Państwa sposobów postępowania
.....
 - e. Czy u dziecka występuje lub jest podejrzewany Zespół Aspergera? Jeżeli TAK, prosimy o podanie możliwych zachowań i Państwa sposobów postępowania.....
.....
 - f. Czy dziecko choruje lub chorowało na choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe? TAK / NIE
 - g. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe (np. cukrzyca/padaczka)? TAK / NIE
3. Czy dziecko jest uczulone? Jeżeli tak, prosimy podać jakich leków/pokarmów nie może przyjmować?.....
.....
4. Czy dziecko ma indywidualne potrzeby związane z zachowaniem diety? Jeżeli tak, wszystkie warunki i specyfikację diety prosimy o ustalenie z organizatorem od razu po dokonaniu rezerwacji wyłącznie drogą mailową na adres: info@psacademy.pl
5. Czy dziecko przyjmuje na stałe jakiegokolwiek leki? TAK / NIE

Dotyczy uczestników, którzy w trakcie obozu przyjmować będą leki (dotyczy to WSZYSTKICH leków przyjmowanych na stałe jak i doraźnie, np: na choroby przewlekłe, alergie, witaminy, suplementy diety, leki na przeziębienie i inne).

Zgodnie z zaleceniami Ministra Zdrowia Rodzice, którzy chcieliby, aby dziecko w trakcie trwania wycieczki przyjmowało jakiegokolwiek leki, zobowiązani są przedłożyć organizatorowi wycieczki zaświadczenie lekarskie:

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA/ZALECENIA LEKARSKIEGO (wypełnia lekarz)

Rozpoznanie

choroby:

Postępowanie z dzieckiem i realizacja stałych zleceń w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki:

Postępowanie w przypadku nasilenia objawów

choroby:

Ewentualne ograniczenia i zalecenia dotyczące udziału dziecka w aktywnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych:.....

Nazwa leku oraz dawkowanie.....

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza

DZIECKO NIE MOŻE SAMODZIELNIE PRZYJMOWAĆ ŻADNYCH LEKÓW!

Dotyczy to również leków przeciwbólowych, przeciwalergicznym czy suplementów diety.

Wszystkie przekazywane opiekunom leki (na podstawie zlecenia lekarskiego) muszą znajdować się w oryginalnych opakowaniach oraz być opisane imieniem i nazwiskiem dziecka.

ZGODY I OŚWIADCZENIA

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych danych osobowych mojego dziecka przez Organizatora wycieczki firmę PSA Marcin Babuchowski z siedzibą w Łodzi przy ul. Skłodowskiej-Curie 30, 90-570 w celu ochrony jego życia lub zdrowia w czasie trwania wycieczki, przy okazji niezbędnych przygotowań do realizacji usługi oraz w celu rozpatrzenia ewentualnych reklamacji.
2. Wyrażam zgodę na zastosowanie ogólnodostępnych leków o działaniu objawowym sprzedawanych bez recepty lekarskiej np. leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, odkażające ranę/jamę ustną, krople o działaniu miejscowym, bandaże, opatrunki itp.
3. Wyrażam zgodę na dokonywanie przeglądu czystości skóry głowy dziecka i w razie konieczności na zastosowanie dostępnych w aptekach preparatów likwidujących pasożyty.
4. W przypadku konieczności sprawowania stałej opieki nad dzieckiem z powodu zachorowania, bądź konieczności umieszczenia go w szpitalu zobowiązuję się do przejęcia opieki nad dzieckiem w ciągu 24 godzin.
5. Oświadczam, że przekazany organizatorowi skan Karty Kwalifikacyjnej zgodny jest z posiadanym przeze mnie oryginałem.
6. Zobowiązuję się do aktualizacji informacji zawartej w niniejszej Karcie Kwalifikacyjnej z przypadku zmiany stanu zdrowia mojego dziecka lub zmiany innych istotnych informacji.
7. W razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.
8. Kod Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla mojego województwa:.....
9. Oświadczam, że podałam/łem wszystkie znane mi informacje dotyczące stanu zdrowia, możliwych zachowań oraz problemów wychowawczych dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki podczas wycieczki. W przypadku konieczności sprawowania stałej i nadmiernej opieki nad dzieckiem z powodu zachorowania, bądź konieczności umieszczenia go w szpitalu lub w sytuacji skrajnej, przejawiającej się trudnościami wychowawczymi uniemożliwiającymi bezpieczny pobyt dziecka lub współuczestników wyjazdu, zobowiązuję się do przejęcia opieki nad dzieckiem w ciągu 24 godzin. W przypadku braku możliwości odbioru dziecka we wskazanym terminie oświadczam, że poniosę dodatkowe i uzasadnione koszty opieki nad dzieckiem, które wskaże organizator.

Jednocześnie Organizator zapewnia, że dołoży wszelkich starań, aby dziecko jak najlepiej zaaklimatyzowało się podczas imprezy, aby bezpiecznie i komfortowo czuło się w grupie rówieśniczej. Ponadto Organizator w sytuacjach trudnych lub w przypadku kłopotów ze zdrowiem, zawsze pozostaje w kontakcie telefonicznym z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego