



Fundacja **Mosty łączą** - Mosty 49, 72-132 Mosty

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU MUSICAL CAMP

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA

1. Imię i nazwisko dziecka: _____
2. Data urodzenia: _____
3. Adres zamieszkania: _____
4. Telefon do uczestnika obozu: _____
5. Nr PESEL uczestnika: _____
6. Adres wypoczynku: Main House Pałac Mosty, Mosty 49, 72-132 Mosty
7. Imię i nazwisko matki: _____
8. Imię i nazwisko ojca _____
9. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (w przypadku uczestnika niepełnoletniego): _____
10. Kontakt do rodziców (opiekunów) podczas trwania obozu:

11. E-mail: _____

II. INFORMACJE ZDROWOTNE

12. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika: (np. alergie, regularnie przyjmowane leki, inne ważne informacje)

13. Informacja o szczepieniach ochronnych: (rok szczepienia, numer książeczki zdrowia)

14. Czy dziecko przebywało w szpitalu w ostatnim roku? (jeśli tak, proszę podać szczegóły)

III. SPECJALNE POTRZEBY

15. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku:

(np. wyniki z niepełnosprawności, zagrożenia niedostosowaniem społecznym)

IV. ZGODY

16. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do organizacji wypoczynku zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych.

V. PODPISY

- Podpis opiekuna prawnego: _____

- Data: _____