

Szkoła Podstawowa nr 3 z Oddziałami
Dwujęzycznymi i Sportowymi im. Janusza Kusocińskiego w Łomiankach
Adres: ul. Staszica 2
05-092 Łomianki
Tel/Fax: 22-751-56-10



Załącznik 5.

**Zgoda rodziców (prawnych opiekunów) na udział ucznia
w wycieczce szkolnej wielodniowej i „zielonej szkole”.**

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka:

..... z klasy.....

/imię i nazwisko dziecka/

w organizowanej przez Szkołę Podstawową Nr 3 w Łomiankach wycieczce szkolnej do
....., która odbędzie się w dniu (dniach)

20roku.

Zobowiązuję się pokryć koszty uczestnictwa w wysokości.....zł
oraz ewentualne szkody wyrządzone przez moje dziecko w trakcie trwania wycieczki.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem wycieczek i innych imprez
krajoznawczo – turystycznych w Szkole Podstawowej Nr 3 z Oddziałami Dwujęzycznymi
i Sportowymi im. Janusza Kusocińskiego w Łomiankach, regulaminem i programem
wycieczki oraz nie wiem o żadnych przeciwwskazaniach zdrowotnych do udziału mojego
dziecka w wycieczce szkolnej. Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne i diagnostyczne dziecka
w przypadku zagrożenia jego zdrowia i życia. Za przywóz dziecka na miejsce zbiórki i
powrót do domu po wycieczce odpowiadają rodzice.

Telefon kontaktowy rodzic/opiekun prawny:

.....

Łomianki dn.

.....

/czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)/

Szkoła Podstawowa nr 3 z Oddziałami
Dwujęzycznymi i Sportowymi im. Janusza Kusocińskiego w Łomiankach
Adres: ul. Staszica 2
05-092 Łomianki
Tel/Fax: 22-751-56-10



Załącznik 5.

Istotne informacje o stanie zdrowia uczestnika.

1. Czy dziecko jest uczulone? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Alergeny:.....

Objawy alergii:

2. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę lub jest w trakcie diagnozowania?

TAK, dziecko choruje TAK, dziecko jest diagnozowane NIE (niepotrzebne skreślić)

Choroba:.....

Symptomy:

3. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Kiedy i z jakiego
powodu.....

4. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Przyczyna:.....

Nazwa i dawka

leku:.....

5. Inne ważne informacje na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i diety dziecka:

.....
.....

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

.....
.....

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

tęzec:..... błonica:..... dur:.....

inne:.....

Stwierdzam, że podałam/łem wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w czasie pobytu dziecka na wycieczce.

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.).

Łomianki dn.

.....

/czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)/