Formularz zgłoszeniowy

Na letnie warsztaty w CRT Radomierzyce

**Centrum Rekreacyjno-Turystyczne w Radomierzycach**

Radomierzyce 76, 59-900 Zgorzelec

telefon : 757210506

e-mail : [crt@gmina.zgorzelec.pl](mailto:crt@gmina.zgorzelec.pl)

DANE OSOBOWE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pesel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DANE OSOBOWE RODZICA/OPIEKUNA/OSOBY DO KONTAKTU

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania (jeśli inny niż dziecka) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OSOBA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU DZIECKA Z WARSZTATÓW (jeśli inna niż rodzic/opiekun)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seria i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZGŁASZAM UDZIAŁ MOJEGO DZIECKA W WARSZTATACH W TERMINIE

󠄀 **II tydzień / 10 – 14 sierpnia 2020 r.**

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA ( zakreślić właściwe )

1. Czy dziecko jest alergikiem ( jeśli tak, to na co jest uczulone )? **TAK/NIE**
2. Czy dziecko regularnie przyjmuje leki ( jeśli tak to jakie) ? **TAK/NIE**
3. Czy są ograniczenia dotyczące przyjmowania obiadów przez dziecko (jeśli tak, to jakie) ? **TAK/NIE**
4. Inne uwagi dotyczące zdrowia/zachowania dziecka

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**KWALIFIKACYJNA ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA…………………………………..

.

NR TELEFONU OPIEKUNA DO KONTAKTU……………………………………

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał Pan/Pani/dziecko w rejonie koronawirusa? ( lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl) )

* Tak
* Nie

1. Czy Pan/Pani/dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym, kwarantanną?
   * Tak
   * Nie
2. Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka objawy infekcji ( gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe )?

* Tak
* Nie

1. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy   
   u kogoś z domowników?

* Tak
* Nie

……………………………………………………………….

data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

**Podkreślić prawidłową odpowiedź.**

**ZGODA**

W związku ze stanem pandemii wirusa SARS-CoV-2, wyrażam zgodę na przebywanie mojego dziecka w Centrum Rekreacyjno-turystycznym w Radomierzycach w ramach warsztatów dla dzieci. Jestem odpowiedzialna/y za podjętą decyzję związaną z wysłaniem dziecka do placówki. Zdaję sobie sprawę z istniejącego zagrożenia. Jednocześnie wyrażam zgodę na podjęcie względem mojego dziecka postępowania na wypadek podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV2.

W przypadku ewentualnego zachorowania placówka nie ponosi odpowiedzialności, wywiązując się z odpowiednich reżimów sanitarnych.

…………………………………………………………… data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałam/-łem u osób przebywających w najbliższym otoczeniu mojego dziecka jak i u samego dziecka żadnych objawów infekcji, nie miałam/-łem kontaktu z osobą chorą, objętą kwarantanną lub izolacją.

Poświadczenie nieprawdy - a co za tym idzie narażanie osób drugich za zakażenie wirusem SARS-CoV2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

……………………………………………………………….

data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

**OŚWIADCZENIE**

Stwierdzam, że podałam/-em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki.

W razie zagrożenia zdrowia lub życia wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku niezbędnej opieki medycznej/pierwszej pomocy.

Wyrażam zgodę na zamieszczenie zdjęć z wizerunkiem mojego dziecka na stronie internetowej [www.crtradomierzyce.pl](http://www.crtradomierzyce.pl).

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i organizacji warsztatów (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182).**

**UWAGI KOŃCOWE**

**Opłata za tydzień warsztatów wynosi: 120,00 zł od osoby. Warsztaty należy opłacić do 5 sierpnia 2020r. Wpłaty prosimy dokonywać tylko przelewem na konto** ( 23 2030 0045 1110 0000 0285 7990) w tytule wpisując: imię i nazwisko dziecka, warsztaty oraz „darowizna na cele działalności statutowej CRT”.

**DATA PODPIS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**