*k a r t a k w a l i f i k a c y j n a*

*Niezwykłe Piątkowe Wieczory*



**Termin**: ................................................................

#  Dane dziecka i rodziców/opiekunów:

o imię i nazwisko dziecka: ...................................................................................................................................................

o numer PESEL dziecka: ...................................................................................................................................................

o data i miejsce urodzenia: ...................................................................................................................................................

o adres: ....................................................................................................................................................

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

o imię i nazwisko ojca: ....................................................................................................................................................

o telefon (domowy/komórkowy/do pracy): ………………………………………………………………………………………………………………........

o imię i nazwisko matki: ....................................................................................................................................................

o telefon (domowy/komórkowy/do pracy): ………………………………………………………………………………………………………………........

o adres e-mail: ....................................................................................................................................................

#  Informacje rodziców/opiekunów o dziecku:

* czy w ostatnim czasie u dziecka wystąpiły (*proszę podkreślić*):

drgawki, utraty przytomności, nocne moczenie, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, szybkie męczenie, inne (*proszę wymienić):*....................................................................................................................................................

* czy dziecko jest chore: TAK NIE

jeśli tak, to na co: ....................................................................................................................................................

* czy zażywa leki: TAK NIE

jeśli tak, to jakie: ....................................................................................................................................................

* czy dziecko jest uczulone TAK NIE

jeśli tak, to na co: ....................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| o czy dziecko jest nadpobudliwe | TAK | NIE |
| o czy dziecko jest nieśmiałe | TAK | NIE |
| o czy ma trudności w nawiązywaniu kontaktów | TAK | NIE |

o inne uwagi o usposobieniu dziecka: ………………………………………………………………………………………………………………........

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................

# Postanowienia:

* *Zobowiązuje się do odebrania dziecka w sobotę do godziny 09:30 (Dom Wczasów Dziecięcych w Porębie Wielkiej 205)*
* *W przypadku trudności w opanowaniu zachowania dziecka wynikającego z tęsknoty za domem, deklaruję swą dostępność pod podanym numerem telefonu. W skrajnych przypadkach deklaruję gotowość do odbioru dziecka.*
* *Wyrażam zgodę na pomiar temperatury u dziecka przed rozpoczęciem zajęć*
* *Stwierdzam, że podałem(-am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki.*
* *Upoważniam wymienione osoby do odbioru dziecka:*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............................

…………………………………………………………………… ……………………………………………………………………

data podpis rodzica/opiekuna



**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Imię………………………………………………………………………..

Nazwisko…………………………………………………………………

Data urodzenia…………….............................................

1. **Czy Pana/Pani dziecko lub bliska rodzina miała kontakt z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewano zakażenie SARS-CoV2**

TAK/ NIE

1. **Czy ktoś z członków najbliższej rodziny dziecka przebywał w rejonie zwiększonej zachorowalności**

TAK/NIE

1. **Czy w ostatnim czasie /14 dni/ występowały u dziecka lub najbliższej rodziny**

Temperatura >38 st.C TAK/NIE od kiedy?...................

Kaszel TAK/NIE od kiedy?...................

Duszność TAK/NIE od kiedy?...................

Bóle mięśniowe, uczucie rozbicia TAK/NIE od kiedy?...................

Zaburzenia smaku, węchu TAK/NIE od kiedy?...................

Wysypka TAK/NIE od kiedy?...................

1. **Czy ktoś z członków rodziny wrócił z za granicy w ciągu 14 dni i miał kontakt z dzieckiem**

 TAK/NIE od kiedy?...................

W dniu rozpoczęcia zajęć mój syn/ córka nie wykazuję jakichkolwiek objawów chorobowych

Wyrażam zgodę na pomiar temperatury mojego syna/córki………………………………………………………….

Data wypełnienia Podpis rodzica/opiekuna prawnego

……………………………… ……………..……………..……………..……………..……………..



***Niezwykłe piątkowe wieczory- ważne informacje***

* **Gdzie?**

Dom Wczasów Dziecięcych w Porębie Wielkiej

* **Kiedy?**

W każdy piątek

* **Początek/ Koniec**

Zajęcia rozpoczynają się w piątek od godziny 16:30, a kończą w sobotę o 9.00

* **Co należy zabrać ze sobą?**

Strój na basen, ręcznik, zestaw do higieny osobistej, strój sportowy, buty sportowe, piżamę.

**Cena: 45 zł**

