

KARTA INFORMACYJNA UCZESTNIKA WYCIECZKI DO OLSZTYNA ( Jura Krakowsko-Częstochowska)

I. INFORMACJE ORGANIZATORA:

1. DATA WYJAZDU: **22.08.2019 r.** o godzinie **8:00** POWRÓT: **23.08.2019 r.** w godzinach popołudniowych
2. MIEJSCE WYJAZDU - TRASA: **Gminna Biblioteka Publiczna w Rudzińcu**
3. Środek transportu: **Autokar**

Adres noclegu: "**Jurajski Olsztyn**" Olsztyn 42-256,  
ul. Karłowatej Sosny 4  
Tel: 502 465 019

II. INFORMACJE O UCZESTNIKU:

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: .....
2. DATA I MIEJSCE URODZENIA: .....
3. NR PESEL \_\_\_\_\_
4. ADRES ZAMIESZKANIA: MIEJSCOWOŚĆ .....
- ul. .... NR DOMU .....
5. IMIĘ I NAZWISKO MATKI / OPIEKUNA .....
- TELEFON DOM: ..... KOM.: .....
6. IMIĘ I NAZWISKO OJCA / OPIEKUNA .....
- TELEFON DOM: ..... KOM.: .....

III. INFORMACJE OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA (WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ)

1. CHOROBY PRZEWLEKŁE I INNE: astma, padaczka, choroby reumatyczne, choroby nerek, inne:  
.....
2. DOLEGLIWOŚCI I OBJAWY: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie zmęczenie, częste bóle brzucha, bóle stawów, inne:  
.....
3. DZIECKO JEST UCZULONE LUB NIE MOŻE STOSOWAĆ LEKÓW (podać nazwę leku, pokarmu, itp.):  
.....
4. CZY DZIECKO ZAŻYWA LEKI? TAK \_\_\_\_ NIE \_\_\_\_ (proszę podać nazwę leku i dawkowanie):  
.....
5. JAK DZIECKO ZNOSI JAZDĘ AUTOKAREM ? DOBRZE \_\_\_\_ ŹLE \_\_\_\_ .....

6. GDY MOJE DZIECKO CIERPI NA WYMIENIONE PONIŻEJ DOLEGLIWOŚCI, ZAZWYCZAJ PODAJĘ LEKI:  
PRZY BÓLU

BRZUCHA: .....

PRZY BÓLU ZĘBA,

ITP.: .....

7. DZIECKO NOSI OKULARY, APARAT ORTODONTYCZNY, WKŁADKI ORTOPEDYCZNE, INNE:

.....

8. INNE UWAGI O STANIE ZDROWIA DZIECKA: .....

.....

9. INNE INFORMACJE OD RODZICÓW ZWIĄZANE Z WYJAZDEM DZIECKA NA WYCIECZKĘ:

.....

.....

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie wyjazdu dziecka na wycieczkę i tym samym wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wycieczce.

.....  
(podpis Rodzica/Opiekuna)

.....  
(miejscowość, data)

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA  
NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH „BIBLIOLATO 2019”**

Imię i nazwisko dziecka/dzieci.....

Telefon kontaktowy z rodzicami/prawnymi opiekunami.....

Wyrażam zgodę na udział mojej córki/mojego syna w zajęciach BIBLIOLATO 2019 w GMINNEJ BIBLIOTECE PUBLICZNEJ w RUDZIŃCU ul Gliwicka 3 tel. 32/230-86-75.

Biorę odpowiedzialność za dotarcie dziecka do biblioteki i jego powrót do domu. Dzieci zobowiązane są do pozostania pod nadzorem opiekuna. Każde wcześniejsze wyjście musi być poprzedzone informacją od rodzica/opiekuna.

Zobowiązuję się do odebrania dziecka w wyznaczonym czasie, na życzenie opiekuna w przypadku niewłaściwego zachowania się dziecka podczas zajęć.

Zapoznałem/am się z wyżej wymienionymi danymi i akceptuję je.

.....  
(data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Zgadzam się na publikację wizerunku mojego dziecka (w grupie innych dzieci) na stronie internetowej [www.bibliotekarudziniec.pl](http://www.bibliotekarudziniec.pl) oraz na profilu Facebook

.....  
(data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu odbycia wycieczki, a następnie po ukończeniu zminimalizowane do celów rozliczeniowych lub usunięte.

Wszelkie informacje o przetwarzaniu danych osobowych przez Dyrektora Gminnej Biblioteki Publicznej w Rudzińcu są dostępne na stronie internetowej pod adresem: [www.bibliotekarudziniec.pl](http://www.bibliotekarudziniec.pl) w zakładce Ochrona Danych lub w siedzibie biblioteki.