

Załącznik 1 do umowy uczestnictwa

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

1. Imię i nazwisko

uczestnika.....

2. Data urodzenia.....

PESEL.....

3. Adres zamieszkania.....

telefon.....

4. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

.....

telefon dom

Telefon komórkowy.....

E-mail.....

5. Osoba wypełniająca kartę kwalifikacyjną.....

Dodatkowe informacje:

Pytania oznaczone () można nie wypełniać w przypadku, gdy dziecko uczestniczy w obozie pod opieką rodziców lub innych przedstawicieli ustawowych.*

1. Jak często w skali roku syn/córka wyjeżdża z rodzicami poza miejsce zamieszkania na dłużej niż 1 dzień?

- ☐ Nie wyjeżdża
- ☐ 1 raz w roku
- ☐ 2-3 razy w roku
- ☐ Częściej (ile?).....

2. Jaki charakter mają wyjazdy?

- ☐ Wycieczki/wczasy zorganizowane
- ☐ Samodzielne wyjazdy rodzinne
- ☐ Wyjazdy do rodziny
- ☐ Inne

(Jakie?).....

.....

.....

3. Czy syn/córka wyjeżdżała gdzieś bez rodziców na dłużej niż 1 dzień?

- ☐ Tak (jak często? Na ile dni?).....

.....

- ☐ Nie

4. Jaki charakter miały te wyjazdy?

- ☐ Wycieczki szkolne
- ☐ Obozy
- ☐ Turnusy rehabilitacyjne
- ☐ Wizyty u rodziny

☐ Inne

(Jakie?).....
.....
.....

5. Jaki charakter miały aktywności proponowane na wyjazdach? (np.: zwiedzanie, narciarstwo, wędrówki, rower, jazda konna, wspinaczka, pływanie, plażowanie, itp. Proszę wymienić jak najwięcej.)

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

6. W jakich aktywnościach (wypisanych przez Państwa) syn/córka brał/a czynny udział?

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

7. Jakie są ulubione/unikane przez syna/córki aktywności na wyjazdach?

Lubiane aktywności	Unikane aktywności
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

8. Czy syn/córka może podejmować wysiłek fizyczny (np. podnoszenie kawałków drewna, noszenie plecaków i sprzętu wspinaczkowego)?

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli istnieją przeciwwskazania, to prosimy o komentarz.

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

9. Czy syn/córka może używać narzędzia ogrodnicze (np. łopata, sekator, młotki, używanie piłki ręcznej pod nadzorem, etc.)

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli istnieją przeciwwskazania, to prosimy o komentarz.

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

10. Czy syn/córka był kiedykolwiek na obozie wspinaczkowym?

☐ TAK

☐ NIE

11. Czy syn/córka ma lęk wysokości?

☐ TAK

☐ NIE

12. Czy syn/córka ma lęk przestrzeni?

☐ TAK

☐ NIE

13. Czy syn/córka ma jakieś trudności w podróżowaniu?

- ☐ Autobusem
☐ Pociągiem
☐ Busem?

Jeśli TAK, to jakie? (np. musi siedzieć przy oknie, obawia się korzystać z toalety w pociągu, choroba lokomocyjna, itp.)

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

14. Czy syn/córka ma jakieś trudności ze spaniem w nowym miejscu? Jakiej? (*)

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

15. Czy syn/córka ma doświadczenia związane z dzieleniem pokoju z obcą osobą? (*)

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli TAK, to jak to znosi?

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

16. Jakiej są według Państwa optymalne warunki zakwaterowania? (*)

- ☐ Samodzielny pokój,
☐ 2 os. Pokój (z opiekunem),
☐ 2 os. pokój (z kolegą),
☐ 3 os. pokój (z opiekunem i kolegą),
☐ 3 os. pokój (dwóch kolegą).

17. Czy syn/córka będzie miał/a trudności z dzieleniem pokoju i łazienki z innymi osobami – uczestnikami i opiekunami na obozie? (*)

☐ TAK

☐ NIE

Proszę opisać, jeśli syn/córka nie chce dzielić pokoju z takim czy innym kolegą.

.....
.....

18. Czy syn/córka rozpoznaje swoje rzeczy (ubrania, plecak, drugie śniadanie)? (*)

.....
.....

19. Czy syn/córka dba o porządek wokół siebie (porządkuje swoje rzeczy, odstawia naczynia po jedzeniu, zbiera po sobie śmieci)? (*)

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

20. Czy syn/córka jest samodzielny w czynnościach samoobsługowych? (*)

UMIEJĘTNOŚĆ	TAK	NIE – JAKIEGO POTRZEBUJE WSPARCIA?
Toaleta poranna (mycie zębów, twarzy, golenie, itd.)		

Korzystanie z WC		
Wybór ubrania		
Ubieranie się		
Jedzenie		
Mycie włosów		
Kąpiel/prysznic		
Przygotowanie do snu		

21. Czy syn/córka ma rytuały związane z rytmem dnia i nocy? Proszę opisać jakie. (*)

- a. Posiłki:.....
- b. Toaleta:.....
- c. Sen:.....
- d. Masturbacja:.....
- e. Ubieranie się:
- f. Inne:.....

22. Czy syn/córka jest na coś uczulony/a? (pokarmy, ukąszenia, pyłki)

.....

.....

23. Czy syn/córka jest na jakiejś diecie?

- ☐ Bezcukrowa
- ☐ Bezglutenowa
- ☐ Bezkazeinowa
- ☐ Inna. Jaka?

.....

.....

24. Czy są produkty pokarmowe, których syn/córka nie może jeść?

.....

.....

25. Czy syn/córka samodzielnie przygotowuje kanapki? (*)

☐ TAK

☐ NIE

27. Inne uwagi o stanie zdrowia córki/syna:

.....

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

28. Inne uwagi, zalecenia, rady dla opiekunów/instruktorów na obozie:

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

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Oświadczam, że podałem (am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie.

Wypełniając niniejszą kartę kwalifikacyjną wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego/mojej syna/sórki na potrzeby statutowe Fundacji Czarodziejska Góra, oraz wyrażam zgodę na wykorzystanie i publikację mojego wizerunku oraz wizerunku mojego syna/córki na potrzeby działalności statutowej Fundacji Czarodziejska Góra, w tym w szczególności wystaw zdjęć, publikacji oraz pokazów slajdów z realizowanego obozu rehabilitacyjno-wspinaczkowego, (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 113, poz. 883 z późn. zm.).

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)