

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WARSZTATÓW MUSICALOWYCH MUSICAMP**

**(wypełnia rodzic/opiekun)**

\* **Turnus I – Zakopane 24-30.01.2016/ Turnus II – Kościelisko 22-28.01.2016**

**\*Opcja I – warsztaty stacjonarne / Opcja II – warsztaty niestacjonarne**

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA: ..............................................................................................................................

DATA I MIEJSCE URODZENIA UCZESTNIKA: ............................................................................................................................

PESEL: ………………………………………………………………………………………

ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA:...............................................................................................................

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

TEL. KONTAKTOWY DO RODZICÓW/OPIEKUNÓW:

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

e-mail RODZICA:

…………………………………………………………………………………………

* Wyrażam zgodę na wyjazd mojego dziecka na wyżej wymieniony obóz i jego udział we wszystkich zajęciach ruchowych i programowych.
* Stwierdzam że podałam/em w niniejszej karcie obozowej wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki
* Przyjmuję do wiadomości i akceptuję że:

- uczestników obozu obowiązuje bezwzględny zakaz posiadania, spożywania, i używania tytoniu, alkoholu, narkotyków i środków odurzających

-w przypadku naruszenia regulaminu może zostać podjęta decyzja o usunięciu uczestnika z obozu i

odwiezienie go do domu na koszt rodziców

- rodzice są odpowiedzialni materialnie za szkody wyrządzone przez dziecko

* W przypadku podejrzenia uczestnika o spożywanie alkoholu lub narkotyków wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania alkomatem lub testerami narkotykowymi przez kadrę obozową.

KRÓTKIE CV (szkoła, ukończone warsztaty, osiągnięcia, zainteresowania, umiejętności, doświadczenie wokalne, aktorskie, taneczne)

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

ODBIÓR DZIECKA Z WARSZTATÓW NIESTACJONARNYCH:

a) Osoby upoważnione do odbioru dziecka (proszę określić pokrewieństwo):

1. …………………………………………………………………………………………………

2. …………………………………………………………………………………………………

3. …………………………………………………………………………………………………

b) \*wyrażam/ nie wyrażam zgody na samodzielny powrót dziecka z zajęć do domu (*niepotrzebne skreśl)*

\*Wyrażam/ nie wyrażam zgody na udział dziecka w koncercie finałowym

podpis opiekuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Skreśl niepotrzebne

**INFORMACJE RODZICÓW/OPIEKUNÓW O DZIECKU I JEGO ZDROWIU:**

Choroby przewlekle lub inne: astma, padaczka, choroby reumatyczne, choroby serca, nerek i inne ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dolegliwości lub objawy które występują ostatnio u dziecka: omdlenia, bóle głowy, zaburzenia równowagi, wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bóle brzucha, itp. ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dziecko jest uczulone lub nie może stosować leków (podać nazwę leku,pokarmu itp.)

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

Dziecko przyjmuje stale leki (podać nazwę leku i dawkę):

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

Czy dziecko nosi: okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, inne

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

Jak znosi jazdę: autokarem: \*dobrze/źle

Inne ważne informacje o zdrowiu dziecka ......................................................................................................................................

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

**INFORMACJE O SZCZEPIENIACH I PRZEBYTYCH CHOROBACH**

Wypełniają rodzice/opiekunowie na podstawie aktualnej książeczki zdrowia.

Przebyte choroby zakaźne (podać rok): odra ............................. ospa .......................różyczka ........................... świnka ............................ inne ............................................

Szczepienia ochronne: tężec ...................... błonnica ........................ dur ..................

Inne uwagi: .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Wyrażam zgodę na udział dziecka w i oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do uczestniczenia w intensywnych ćwiczeniach fizycznych.

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

2. Oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 Ustawy z 29 sierpnia 1997 o ochronie danych

osobowych /Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zmianami/ wyrażam zgodę na przechowywanie powyższych danych osobowych Zgodnie z ustawą /rozdz. 4/ mam prawo do wglądu i aktualizowania ww. danych.

3. Oświadczam, że dziecko objęte jest ubezpieczeniem.

4. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie imienia i nazwiska oraz wizerunku dziecka (zdjęć, nagrań video) w materiałach informacyjno - promocyjnych, służących promocji Warsztatów musicalowych MUSICAMP w Zakopanem i nie będę z tego tytułu wnosił żadnych roszczeń.  
5. Zgoda, o której mowa w pkt. 4 nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie oraz obejmuje wszelkie formy publikacji, w szczególności w galerii fotograficznej na stronie internetowej MUSICAMP, plakatach, ulotkach, broszurach, folderach, spotach radiowo-telewizyjnych, reklamie w gazetach i czasopismach, reklamie w Internecie itp.

…….................. …………………………

miejscowość, data podpis rodzica/opiekuna