



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
LETNIE PÓŁKOLONIE DLA DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI
07-11 sierpnia 2023

Drodzy Rodzice i Opiekunowie,
Poniższy formularz jest dla nas, organizatorów i opiekunów wypoczynku, bardzo ważnym dokumentem pozwalającym nam lepiej poznać specyficzne potrzeby, możliwości i zachowania Waszych dzieci. Wiedza ta pomoże nam lepiej zorganizować opiekę i zajęcia dla uczestników wypoczynku. Uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie formularza, konkretne odpowiedzi oraz wskazówki do pracy z Państwa dzieckiem. Przypominamy, że czytelne i dokładne wypełnienie dokumentu jest jedną z wytycznych decydujących o przyjęciu dziecka na wypoczynek.
Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi, czytelnymi literami.

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA

Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól. Prosimy o wypełnienie formularza pismem drukowanym

Nazwisko	
Imię	
Data urodzenia	
PESEL	
Aktualny adres zamieszkania	
Placówka, do której uczęszcza dziecko (proszę podać nazwę oraz klasę)	
Czy uczestnik brał wcześniej udział w wypoczynku?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

DANE OSOBOWE RODZICA/OPIEKUNA

Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól. W przypadku błędnego, nieczytelnego uzupełnienia organizator nie będzie miał szansy kontaktu.

Nazwisko	
Imię	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	



DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO ODBIORU UCZESTNIKA Z WYPOCZYNKU

Uzupełnić w przypadku odbioru dziecka przez osobę trzecią, inną niż podany wyżej rodzic/ opiekun

Nazwisko	
Imię	
Pokrewieństwo z uczestnikiem	
Seria i numer dowodu osobistego	
Telefon kontaktowy	
Nazwisko	
Imię	
Pokrewieństwo z uczestnikiem	
Seria i numer dowodu osobistego	
Telefon kontaktowy	

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA

Wymagane jest dokładne wypełnienie wszystkich pól

Uczestnik może brać udział we wszystkich zajęciach w programie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<i>W przypadku odpowiedzi NIE prosimy wskazać, w jakich zajęciach dziecko nie może brać udziału.</i>
Uczestnik posiada uczulenia pokarmowe i ograniczenia dotyczące przyjmowania posiłków	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<i>W przypadku odpowiedzi TAK prosimy wskazać produkty na które uczulone jest dziecko oraz opisać posiadane ograniczenia pokarmowe.</i>
Uczestnik posiada alergie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<i>W przypadku odpowiedzi TAK prosimy wskazać posiadane alergie oraz jej objawy.</i>



Uczestnik jest astmatykiem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Uczestnik jest epileptykiem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<i>W przypadku odpowiedzi TAK prosimy opisać częstość występowania ataków, ich przebieg i specyfikę.</i>
Uczestnik regularnie przyjmuje leki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<i>W przypadku odpowiedzi TAK prosimy uzupełnić:</i> 1. Godziny przyjmowania leku <input type="checkbox"/> w czasie wypoczynku <input type="checkbox"/> poza wypoczynkiem 2. Jeśli podanie leku przypada na czas wypoczynku prosimy wskazać godzinę i nazwę leku, który należy podać uczestnikowi. <input type="checkbox"/> godzina/ godziny podania <input type="checkbox"/> nazwa leku

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZESTNIKA

Prosimy zaznaczyć, te które dotyczą uczestnika i wynikają z orzeczenia o niepełnosprawności

- dziecko niesłyszące / słabo słyszące
- dziecko niewidome / słabo widzące
- dziecko z chorobami przewlekłymi
- dziecko z zaburzeniami psychicznymi
- dziecko z niepełnosprawnością ruchową

- dziecko z upośledzeniem umysłowym w stopniu:
 - lekkim umiarkowanym znacznym

- dziecko z niepełnosprawnościami sprzężonymi :
 - Zespół Aspergera
 - Autyzm
 - Zespół Downa
 - Mózgowe Porażenie Dziecięce



Kilka dodatkowych słów związanych z niepełnosprawnością, której doświadcza uczestnik (informacje związane z zaburzeniami, sposobem komunikacji, sposobem poruszania się, posiadanym sprzętem np. ortopedycznym itp.)

INFORMACJE O ZACHOWANIU DZIECKA

Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól

Jakie są zainteresowania uczestnika?

Jak uczestnik reaguje na nowe otoczenie i sytuacje?

Jak uczestnik odnajduje się w grupie rówieśniczej, jakie role przyjmuje, jak zachęcić go do pracy w grupie?

Czy uczestnik ma tendencje do agresji? Jak można rozpoznać pierwsze objawy pobudzenia? Jak można uspokoić uczestnika w chwili jego zdenerwowania?



Czy uczestnik ma tendencje do uciekania/ odłączania się od grupy?
Jak uczestnik reaguje na wyjścia na zewnątrz tj. wspólne spacery i korzystanie z komunikacji. Proszę zaznaczyć, czy dziecko posiada chorobę lokomocyjną lub inne lęki związane z podróżowaniem.

OŚWIADCZENIA RODZICA/ OPIEKUNA

Oświadczam, że zgłoszony przeze mnie uczestnik:

1. samodzielnie, bez pomocy opiekuna, spożywa posiłki,
2. sygnalizuje potrzebę skorzystania z toalety i jest w jej trakcie samodzielny,
3. nie stanowi zagrożenia dla siebie i innych.

Oświadczam, iż w sposób rzetelny podałam/em wszystkie znane mi informacje o uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki podczas wypoczynku.

Akceptuję regulamin wypoczynku dostępny na stronie www.pcer-olawa.pl

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych dostępną na stronie www.pcer-olawa.pl.

.....

Data, miejsce, czytelny podpis