

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WARSZTATÓW w CKPS

### I INFORMACJE DOTYCZĄCE WARSZTATÓW

#### 1. Termin warsztatów i rodzaj (właściwe zaznaczyć X !):

- 26 czerwca, godz. 9.00-15.00 – Podróż do Włoch
- 27 czerwca, godz. 9.00-15.00 - Ręce w glinie
- 28 czerwca, godz. 9.00-15.00 – Projektanci mody
- 29 czerwca, godz. 8.15-15.30 – Gdańskie Safari
- 30 czerwca, godz. 9.00-15.00 – Przygody leśne
- 03 lipca, godz. 9.00-15.00 - Eksperymentarium
- 04 lipca, godz. 9.00-15.00 – Stopy na macie
- 05 lipca, godz. 9.00-15.00 - Witkacomania
- 06 lipca, godz. 9.00-15.00 - Gra terenowa – Shrek i Osioł w podróży
- 07 lipca, godz. 9.00-15.00 - Teatr na tarasie

#### 2. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Centrum Kultury Powiatu Słupskiego

adres: ul. Korczaka 1; 76-231 Damnica

### II INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WARSZTATÓW (wypełnia opiekun prawny)

#### 1. Imię i nazwisko

.....

#### 2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

#### 3. Rok urodzenia

.....

#### 4. Adres zamieszkania

.....

.....

#### 5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

.....

#### 6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika warsztatów.

.....

#### 7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika warsztatów, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

.....

.....

.....

#### 8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika warsztatów, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....

.....

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec .....

błonica .....

dur .....

inne .....

.....

oraz numer PESEL uczestnika warsztatów .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika warsztatów (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.)

.....

(data)

.....

(podpis opiekuna prawnego uczestnika warsztatów)