

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku - ZIMOWISKO w DUSZNIKACH ZDRÓJ
2. Termin wypoczynku - od 14 STYCZNIA (WYJAZD) do 19 STYCZNIA 2024 r. (POWRÓT)
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku - Ośrodek Wczasowo-Szkoleniowy Strzecha
57 - 340 Duszniki Zdrój, ul. Górską 12
4. Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym – NIE DOTYCZY
5. Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą – NIE DOTYCZY

KOSZALIN, 15.11.2023 r.

(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika wypoczynku
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców
.....
.....
3. Rok urodzenia uczestnika wypoczynku
4. **Pesel** uczestnika wypoczynku
5. Adres zamieszkania
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (w przypadku uczestnika niepełnoletniego)
.....
7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku w czasie trwania wypoczynku
.....
8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku w szczególności
o potrzebach wynikających z niepełnosprawności niedostosowania społecznego lub zagrożenia
niedostosowaniem społecznym
.....
.....
.....
9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie
(np. na co dziecko jest uczulone, 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 ksera książeczki zdrowia
z aktualnym wpisem szczepień)

tężec, błonica, inne

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ
POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE
WYPOCZYNKU.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej
na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z
dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135
z późn. zm.)

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekuna)

Oświadczenie

My , niżej podpisani, rodzice

(Imię i nazwisko dziecka)

Ur. W

Zamieszkałego.....

W razie zagrożenia zdrowia i życia naszego dziecka wyrażamy zgodę na leczenie ambulatoryjnego lub szpitalne oraz
prowadzenie koniecznego zabiegu diagnostycznego bądź operacyjnego w czasie pobytu dziecka kolonii.

.....
Podpis matki

.....
podpis ojca

Organizator zobowiązuje się do bieżącego informowania rodziców o leczeniu ambulatoryjnym
lub hospitalizacji dziecka

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał na zimowisku:

w ośrodku/pensjonacie: Ośrodek Wczasowo-Szkoleniowy Strzecha 57 - 340 Duszniki Zdrój, ul. Górską 12

(adres miejsca wypoczynku)

od 14 STYCZNIA (WYJAZD) do 19 STYCZNIA 2024 r. (POWRÓT)

Duszniki Zdrój 19 stycznia 2024 r.

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

**V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA
WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH
PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

BRAK ZACHOROWAŃ, URAZÓW itp.

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

Duszniki Zdrój 19 stycznia 2024 r.

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

Duszniki Zdrój 19 stycznia 2024 r.

.....

(podpis wychowawcy wypoczynku)