

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki - **KOLONIA OBJAZDOWA CZECHY, NIEMCY „TROPICAL ISLANDS, SZWAJCARSKA SAKSONIA, PRAGA, SKY BRIDGE 721, SKY WALK, SKALNE MIASTO”**
2. Termin wycieczki - od 16 LIPCA (WYJAZD) do 23/24 LIPCA 2024 r. (POWRÓT)
3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki - Ośrodek Wczasowo-Szkoleniowy Strzecha 57 - 340 Duszniki Zdrój, ul. Górska 12
4. Trasa wycieczki o charakterze wędrownym – NIE DOTYCZY
5. Nazwa kraju w przypadku wycieczki organizowanej za granicą – NIE DOTYCZY

KOSZALIN, 08.04.2024 r.

(miejsce, data)

.....

(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika wycieczki
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców
.....
.....
3. Rok urodzenia uczestnika wycieczki
4. **Pesel** uczestnika wycieczki
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 wycieczki w czasie trwania wycieczki
.....
8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym
.....
.....
.....
9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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)

ważne: Nie wpisujemy szczepienia zgodnie z książeczką szczepień tylko wpisujemy rok szczepień lub dołączamy ksero szczepień z książeczki albo z przychodni.

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 kolonii:

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

(adres miejsca wypoczynku)

od 16 LIPCA (WYJAZD) do 23/24 LIPCA 2024 r. (POWRÓT)

23 lipca 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.

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

23 lipca 2024 r.

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

23 lipca 2024 r.

.....

(podpis wychowawcy wypoczynku)

