

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku - **KOLONIA DLA MŁODZIEŻY „POCZUJ TO ! PRZYGODA, ADRENALINA, RYWALIZACJA”**
2. Termin wypoczynku - od 30 CZERWCA (WYJAZD) do 7/8 LIPCA 2025 r. (POWRÓT)
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku - Ośrodek Wczasowo-Szkoleniowy Strzecha  
57 - 340 Duszniki Zdrój, ul. Górska 12
4. Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym – NIE DOTYCZY
5. Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą – NIE DOTYCZY

KOSZALIN, 22.04.2025 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 stale 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 Kolonia dla młodzieży 30 czerwca – 7/8 lipca
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. Górska 12

(adres miejsca wypoczynku)

od 30 CZERWCA (WYJAZD) do 7 LIPCA 2025 r. (POWRÓT)

7 lipca 2025 r.

.....

( podpis kierownika wypoczynku)

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

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

BRAK ZACHOROWAŃ, URAZÓW itp.

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

7 lipca 2025 r.

. ....

( podpis kierownika wypoczynku)

---

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

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

7 lipca 2025 r.

. ....

( podpis kierownika wypoczynku)