

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki - KOLONIA DLA MŁODSZYCH W ŚWIĘTOKRZYSKIM
„ZABAWA CZAROWNICE CZARODZIEJE I MY”
2. Termin wycieczki - od 14 LIPCA (WYJAZD) do 23 LIPCA 2025 r. (POWRÓT)
3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki – GOSPODARSTWO AGROTURYSTYCZNE „POD BUKIEM”
ŚNIADKA DRUGA 11, 26-010 BODZENTYN,
4. Trasa wycieczki o charakterze wędrownym – NIE DOTYCZY
5. Nazwa kraju w przypadku wycieczki organizowanego za granicą – NIE DOTYCZY

KOSZALIN, 22.04.2025 r.

(miejscowość, 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 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 w GOSPODARSTWIE AGROTURYSTYCZNYM
„POD BUKIEM” ŚNIADKA DRUGA 11, 26 - 010 BODZENTYN, od 14 do 23 LIPCA 2025 r.
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

W GOSPODARSTWIE AGROTURYSTYCZNYM „POD BUKIEM” ŚNIADKA DRUGA 11, 26 - 010 BODZENTYN,
od 14 do 23 LIPCA 2025 r.

Śniadka Druga 23.07.2025 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.

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

Śniadka Druga 23.07.2025 r.

.
.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

Śniadka Druga 23.07.2025r.

. .
.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)