

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku

kolonia

zimowisko

X obóz

biwak

półkolonia

inna forma wypoczynku (proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku: 30.07 – 07.08

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: Zajazd Hetman, Sportowa 1, 16-300 Augustów

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym.....

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) 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 wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

.....

.....

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

Uczestnik przebywał

.....

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok)

do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

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

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wychowawcy wypoczynku)

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

.....

.....

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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 wycieczki

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

W razie uzasadnionej potrzeby, w tym zagrożenia zdrowia i życia dziecka zgadzam się na jego leczenie w tym leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. O udzielonych dziecku świadczeniach zdrowotnych organizator niezwłocznie powiadomi rodziców.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodziców)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku uczestnika wycieczki, wymienionego w pkt. I (zdjęć, filmów) do celów dokumentacyjnych i informacyjnych przez UKS Varsovia.

W przypadku drastycznego naruszenia regulaminu obowiązującego na obozie organizowanym przez UKS Varsovia, zobowiązujemy się do natychmiastowego odebrania dziecka z obozu/kolonii po wcześniejszym uzgodnieniu z kierownictwem obozu.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodziców)

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

Postanawia się

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę
- odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)