



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU:

1. Forma wypoczynku: kolonia

2. Termin wypoczynku (proszę wybrać termin):

wiek: 8-12 lat (ukończony rok życia dziecka)

- ☐ Turnus 1: 29.06 – 05.07.2025
- ☐ Turnus 2: 06.07 – 12.07.2025
- ☐ Turnus 3: 13.07 – 19.07.2025
- ☐ Turnus 4: 20.07 – 26.07.2025
- ☐ Turnus 5: 27.07 – 02.08.2025
- ☐ Turnus 6: 03.08 – 09.08.2025
- ☐ Turnus 7: 10.08 – 16.08.2025

wiek: 12 - 17 lat (ukończony rok życia dziecka)

- ☐ Turnus 1N: 17.08. – 29.08. 2025

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

STACJA BADAWCZA
UL. WIOSENNA 36, 05-555
ŚWIĘTOCHÓW

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona i nazwiska rodziców wraz z numerami telefonów

3. Data urodzenia

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

5. Adres zamieszkania

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców³⁾

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 wypoczynku, 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 wypoczynku

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

- stwierdzam, że podałem/podałam wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą być istotne w zapewnieniu opieki dziecku w czasie Wypoczynku i tym samym przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znych mi a nie ujawnionych informacji w tym specjalnych potrzeb, chorób i alergii dziecka;
- przyjmuję do wiadomości, że podczas pobytu dziecko nie może posiadać ani samodzielnie zażywać leków i suplementów diety;
- w razie konieczności pomocy medycznej, opieki ambulatoryjnej, wizyty u lekarza, w przychodni, w szpitalu, wyrażam zgodę na transport dziecka prywatnym samochodem przez pracownika Fundacji i w/w pomoc lekarską.

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 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

(data)

(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się¹⁾:

- ☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- ☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

(data)

(podpis organizatora 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)

.....
(data)
(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

.....
(miejscowość, data)
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data)
(podpis wychowawcy wypoczynku)
