

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Zwróć uwagę, aby **wszystkie wymagane pola** (oznaczone * na każdej stronie lub oznaczone kolorem) zostały wypełnione.

Strony 2 i 4 wymagają podpisu rodzica lub opiekuna prawnego.

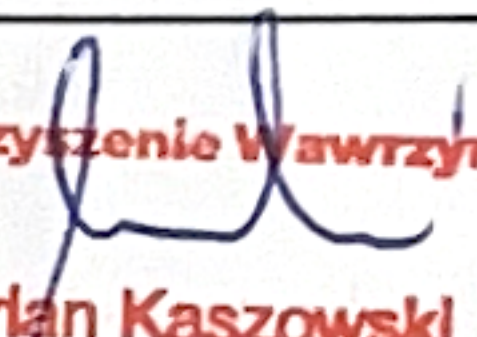
Zgodnie z Rozporządzeniem MEN z 30.03.2016 r. w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży wymagana jest karta kwalifikacyjna.

Skan wypełnionej karty kwalifikacyjnej należy przesłać elektronicznie na: wawrzyniec.zabrze@gmail.com

lub dostarczyć osobiście w dniu wyjazdu.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

Forma wypoczynku	OBÓZ SPORTOWO – REKREACYJNY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY				
Data rozpoczęcia* / zaznacz X	Turnus 1 28.06 - 05.07.2025	Turnus 2 05.07 - 12.07.2025	Turnus 3 12.07 - 19.07.2025		
Prosimy zaznaczyć wszystkie turnusy w których dziecko bierze udział.					
Adres wypoczynku	OŚRODEK TURYSTYCZNO-WYPOCZYNKOWY CAMPING NR. 23. 46-233 DOBRZYNY, BĄKÓW				
Kraj	POLSKA				

		 Stowarzyszenie Wawrzyniec Adrian Kaszowski Prezes Zarządu	
miejscowość, data *		podpis i pieczęć organizatora wypoczynku	

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Imię (imiona) i nazwisko *										
Imiona i nazwiska rodziców *	mama					tata				
Data urodzenia *	d	d	/	m	m	/	r	r	r	r
Adres zamieszkania *	ulica / numer budynku					kod pocztowy		miasto		
Adres zamieszkania lub pobytu rodziców *	ulica / numer budynku					kod pocztowy		miasto		
Numer telefonu rodziców *	mama					tata				

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

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

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).*

--

Dane o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku) *

Tęzec	
Dur	
Błonica	
Inne	

PESEL UCZESTNIKA *

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 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z2015r. poz. 2135, z późn. Zm.)).

data *	podpis rodziców uczestnika wypoczynku*

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

Postanawia się:

☒	zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
☐	odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

--

miejsowość, data	podpis organizatora wypoczynku

KARTA KWALIFIKACYJNA I STOWARZYSZENIE WAWRZYNIEC

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał	(adres miejsca wypoczynku)									
Od dnia	d	d	/	m	m	/	r	r	r	r
Do dnia	d	d	/	m	m	/	r	r	r	r

data	podpis kierownika wypoczynku

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

--

data	podpis kierownika wypoczynku

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

--

data	podpis wychowawcy wypoczynku

LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE, PODAWANIE LEKÓW ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO)

Niniejszy dokument upoważnia wychowawcę, kierownika obozu do zapewnienia opieki medycznej uczestnikowi wypoczynku w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia uczestnika wypoczynku.

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia
mojego syna/mojej córki (podopiecznej/-ego)

imię i nazwisko uczestnika wypoczynku *

posiadającej(-ego) PESEL: *

Zamieszkałej (-ego)

Adres zamieszkania (ulica, numer, kod pocztowy, miasto) *

wyrażam zgodę na:

1. Badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacyjne w poradniach oraz placówkach leczniczych, a także wyrażam zgodę na udzielanie kadrze obozu (wychowawcy, kierownikowi obozu) wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.
2. Podawanie przez kadrę obozu (wychowawcę, kierownika obozu) leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki czy bólu podczas pobytu dziecka na obozie, mierzenie temperatury.
3. Transport uczestnika obozu służbowym pojazdem zapewnionym przez organizatora w przypadku konieczności dojazdu do ośrodka, lekarza lub szpitala.

Ponadto oświadczam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki nad dzieckiem w czasie pobytu na obozie.

Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi, a nie podanych organizatorowi chorób dziecka

 Stowarzyszenie Wawrzyniec Adrian Kaszowski Prezes Zarządu	
Podpis i pieczęć przedstawiciela organizatora wypoczynku	podpis rodzica / opiekuna prawnego *