

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: obóz
2. Termin wypoczynku.....
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: **WŁOCHY:** Viale Cordevole, 3, 47921 Rivabella RN

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika:
.....
 2. Imiona i nazwiska rodziców
.....
 3. Data urodzenia uczestnika
 4. Numer PESEL uczestnika.....
 5. Adres zamieszkania uczestnika.....
 6. Adres zamieszkania lub pobytu opiekunów.....
.....
 7. Numer telefonu opiekunów.....
 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 uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach)
.....
.....
- oraz o szczepieniach ochronnych wraz z podaniem roku:
- tęzec.....błonica.....Dur.....inne.....(opcjonalnie) (lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień; opcjonalne)

Oświadczam, że szczepienia były wykonywane zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień.* TAK ☐, NIE ☐

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

* Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.



WYPEŁNIA ORGANIZAOR

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

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał: **WŁOCHY:** Viale Cordevole, 3, 47921 Rivabella RN

W terminie:.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

*Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

* Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.