**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku1)

kolonia

zimowisko

obóz

biwak

półkolonia

inna forma wypoczynku **Obóz narciarsko - snowboardowy**

*(proszę podać formę)*

2. Termin wypoczynku.**14.02 – 20.02.2021**.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

 **Dom Wczasowy Oliwia, Małe Ciche, 34-531 Murzasichle, tel.: 692968748**

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym2)

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

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

Bydgoszcz, 15.09.2020.. Marek Sikorski ……………………………………………

(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 rodziców3)

………………………………………………………………………………………………………….……..…….

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku w czasie trwania 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 wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie

(np. na co uczestnik jest uczulony, 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 książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec……………………………………………………………………………………………………………..….

błonica ……………………………………………………………………………………………………………..

dur …………………………………………………………………………………………………….…….………

inne …………………………………………………………………………………………………………………

oraz numer PESEL uczestnika 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 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 CHOROBACH PRZEBYTYCH**

**W JEGO TRAKCIE**

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

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

 (miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

**UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

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

................................... ….....................................................

 (miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

–––––––––––––––

1) Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.\_\_