

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: **Obóz „Wakacje ze sportem”**

2. Terminy, adres wycieczki (proszę wybrać termin obozu):

- I turnus: 21.07 - 28.07.2024 r. – Pokoje Gościnne „Na Wymyśle”, ul. Wymyśle 56 A, 34-450 Grywałd
- II turnus: 29.07 - 05.08.2024 r. – Pokoje Gościnne „Na Wymyśle”, ul. Wymyśle 56 A, 34-450 Grywałd
- III turnus: 06.08 – 13.08.2024 r. – Pokoje Gościnne „Na Wymyśle”, ul. Wymyśle 56 A, 34-450 Grywałd
- IV turnus: 06.08 - 13.08.2024 r. – Pensjonat „Willa Małgośka”, ul. Polna 18, 34-450 Grywałd

.....  
miejsce, data

.....  
podpis organizatora wycieczki

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (wypełniają rodzice/opiekunowie prawni)

1. Dyscyplina\* (proszę wybrać interesujący Cię fakultet/dyscyplinę i wpisać umiejętności, np. „0” - nic nie potrafię)

- 1)  piłki nożnej, umiejętności w skali (0-3) ..... 2)  rekreacyjny, umiejętności w skali (0-3) .....
- 3)  piłki siatkowej i plażowej, umiejętności ..... 4)  taneczny, umiejętności w skali (0-3) ...
- 5)  techniki samoobrony/kick-boxing, umiej. w skali (0-3).... 6)  turystyczny, umiejętności w skali (0-3) .....
- 7)  tenis stołowy, umiejętności w skali (0-3)..... 8)  rowerowy , umiejętności w skali (0-3)....

2. Imię (imiona) i nazwisko, nr. telefonu

..... tel: .....

3. Data urodzenia: ..... miejsce.....

4. Adres zamieszkania:.....

5. Pesel : .....

6. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów prawnych), numery telefonów

1)..... tel: .....

2)..... tel: .....

7. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (opiekunów prawnych)

1) .....

2) .....

8. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki w czasie trwania wycieczki .....

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

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

10. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie

A. Czy dziecko jest uczulone? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Alergeny.....

Objawy alergii.....

B. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę lub jest w trakcie diagnozowania?

TAK , dziecko choruje TAK, dziecko jest diagnozowane NIE (niepotrzebne skreślić)

Choroba:.....

Symptomy.....

C. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Kiedy i z jakiego powodu.....

D. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK

NIE (niepotrzebne skreślić)

Przyczyna.....

Nazwa i dawka lekuleku.....

E. Inne ważne informacje na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i diety dziecka:

F. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień): tężec, błonica, dur, inne:

G. Czy dziecko ma chorobę lokomocyjną?

H. Czy nosi aparat ortodontyczny/ okulary?.....

### 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

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

Uczestnik przebywał na obozie w miejscowości:.....

od dnia (dzień, miesiąc, rok)..... do dnia .....

.....  
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 POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wychowawcy wypoczynku

\* właściwe zaznaczyć znakiem „X”.