

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

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

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

I turnus: Grywałd w Gorcach, termin: 26.07 - 02.08.2025 r. - Pensjonat "Na Wymyślu"

II turnus: Grywałd w Gorcach, termin: 03.08 - 10.08.2025 r. - Pensjonat "Na Wymyślu"

III turnus: Grywałd w Gorcach, termin: 11.08 - 18.08.2025 r. - Pensjonat "Na Wymyślu"

3. Ubezpieczenie: NNW (10 000 PLN)

.....
miejsowość, data

.....
podpis organizatora wypoczynku

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

1. Dyscyplina* (proszę wybrać interesujący Cię fakultet/dyscyplinę)

1) Mój pierwszy obóz

2) piłka siatkowa/piłka plażowa

3) piłka nożna

4) tenis stołowy

5) koszykówka

6) plastyczno – taneczny

7) rekreacyjno -wypoczynkowy

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 wypoczynku w czasie trwania wypoczynku

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

10. 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)

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 leku.....

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:
.....
.....

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 UCZESTNIK WYPOCZYNKU

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis wychowawcy wypoczynku

* właściwe zaznaczyć znakiem „X”.