

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W FORMIE OBOZU LATO 2019

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Termin wypoczynku ..... – ..... obóz **militarny**

2. Adres miejsca wypoczynku:

Ośrodek Wypoczynkowy „ZACISZE” Goszczanowo 68A, 66-530 Drezdenko

.....

(miejsce, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Nazwisko i imię uczestnika: .....

2. Data urodzenia uczestnika: ..... Numer pesel: .....

3. Uczeń/Absolwent klasy: .....

4. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego: ..... tel.: .....

Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego: ..... tel.: .....

adres e-mail rodziców/opiekunów dziecka: .....@.....

5. adres zamieszkania uczestnika: .....

6. adres zamieszkania lub pobytu rodziców/opiekunów prawnych: .....

Wyrażam zgodę na wyjazd mojego Dziecka na wyżej wymieniony obóz i jego udział we wszystkich przewidzianych programem zajęciach zawartych w ofercie na stronach internetowych [www.sobeckitravel.pl](http://www.sobeckitravel.pl) oraz [www.obozysobecki.pl](http://www.obozysobecki.pl)

Oświadczam, że akceptuję regulamin obozowy. Zapoznałem się z programem obozu, warunkami uczestnictwa w imprezie turystycznej. Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych w celu otrzymywania informacji marketingowej o nowych imprezach turystycznych. Wyrażam zgodę na publikację zdjęć oraz filmów uczestnika z imprez turystycznych na [www.sobeckitravel.pl](http://www.sobeckitravel.pl), [www.obozysobecki.pl](http://www.obozysobecki.pl) oraz funpage na FB.

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica/ opiekuna)

### III. ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

Alergeny.....

Objawy alergii.....

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

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

Choroba:.....

Symptomy.....

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

Kiedy i z jakiego powodu.....

4. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Przyczyna.....

Nazwa i dawka leku.....

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

.....

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

.....

7. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec: błonica: dur: inne:

.....

*Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w czasie pobytu dziecka na obozie. W razie zagrożenia życia lub zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie i hospitalizację, oraz zabiegi diagnostyczne, operacje. 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 rodzica/ opiekuna)

### IV. 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)

**V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał pod adresem wymienionym w punkcie I.2. karty kwalifikacyjnej

- w terminie wymienionym w punkcie I.1. karty kwalifikacyjnej  
 w innym terminie (od dnia .....do dnia.....)

.....  
( data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

- zgodnie z zapisami z zeszytu medycznego prowadzonego dla turnusu  
 inne.....  
.....

.....  
(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

**VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

- bez zastrzeżeń  
 dodatkowe informacje: .....  
.....

.....  
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)