

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W FORMIE OBOZU LATO 2021

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Termin wypoczynku ..... – ..... obóz konny  
2. Adres miejsca wypoczynku:  
Ośrodek Wypoczynkowy Jeziorak w Pszczewie 66-330 Pszczew, ul. Wypoczynkowa 2  
.....  
(miejscowość, 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. Wyraża zgodę na dalsze przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora w celu realizacji karty kwalifikacyjnej (zgodnie z obowiązującym prawem, w tym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”).*

.....  
(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)