

pieczęć organizatora

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: **półkolonie**

2. Termin wycieczki od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki: **ul.Orna 67, 81 - 574 Gdynia**

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis organizatora wycieczki)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko: \_\_\_\_\_

2. Imiona i nazwiska rodziców: \_\_\_\_\_

3. Data urodzenia dziecka: \_\_\_\_\_

4. Adres zamieszkania dziecka: \_\_\_\_\_

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców, nr telefonu: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi okulary):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Informacje o szczepieniach ochronnych:

\_\_\_\_\_

9. numer PESEL uczestnika wycieczki:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej, dla potrzeb niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.)).**

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

**III. DECYZJA ORGANIZATORA 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)

---

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

Uczestnik przebywał: **ul.Orna 67, 81 - 574 Gdynia**

od dnia (dzień, miesiąc, rok) \_\_\_\_\_ do dnia (dzień, miesiąc, rok): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(podpis kierownika wypoczynku)

---

**V. INFORMACJE KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(podpis kierownika wypoczynku)

---

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(podpis wychowawcy wypoczynku)

---