****﻿ **KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku1)

zimowisko

obóz

*(proszę podać formę)*

2. Termin wypoczynku 15.08.2020 - 21.08.2020

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Adres „Zamek” ul. Piłsudskiego 7, Lesko 38-600

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

Koszt to 590 złotych (pięćset dziewięćdziesiąt złotych) płatne na konto klubu do dnia wyjazdu. Numer dostępny na stronie klub w zakładce kontakt.

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko……………………………………………………………..………..……….……....

2. Imiona i nazwiska rodziców……………………………………………………………………………………

3. Rok urodzenia ………………………………………………………………..………………….……….…….

4. Adres zamieszkania………………………………………………….………..……………………………….

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców………………………………...………………….……..……….

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku………………….…………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie

(np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

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

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

tężec……………………………………………………………………………………………………………..….

błonica ……………………………………………………………………………………………………………...

dur …………………………………………………………………………………………………….…….………

inne………………………………………………………………………………………………………………….oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku……………………………………………………………………

**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 rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

**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

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

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

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

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

Dziennik Ustaw – 41 – Poz. 452

﻿

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

**WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał ..................................................................................................................................................................

(adres miejsca wypoczynku)

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

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

**V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA**

**WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH**

**W JEGO TRAKCIE**

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

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

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

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

**UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

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

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)