****

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**   
  
I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU   
1. Forma wypoczynku   
 kolonia   
 zimowisko   
x obóz   
 inna forma wypoczynku .............................................   
(proszę podać formę)   
2. Termin wypoczynku 22-28.08.2024  
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku   
„Gawra” Łączki 80, 38-600 Lesko, Woj. Podkarpackie  
  
II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU   
1. Imię (imiona) i nazwisko ................................................................................................................................................   
2. Imiona i nazwiska rodziców   
................................................................................................................................................   
3. Rok urodzenia ....................................................................................................................   
4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku …………………………………………………………………………..  
5. Adres zamieszkania .............................................................................................................   
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców  
................................................................................................................................................  
7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika   
wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku ...........................................................................  
8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym .............................................................................................................  
9. 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)   
........................................................................................................................................  
oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):   
tężec ..................................................................................................................................   
błonica ...............................................................................................................................   
inne ....................................................................................................................................   
..................................... .............................................................................................   
(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)   
III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA   
WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU   
Postanawia się1):   
 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 ..................................................................................................................................................   
(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. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU   
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU   
.....................................................................................................................................   
............................................................ .........................................................................   
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)