KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku[1)]

☐	kolonia
☐	zimowisko
☐	obóz
☐	biwak
☐	półkolonia
☐	inna forma wypoczynku ……

(proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku .....–.....

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

.....

.....

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym[2)]

.....

.....

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą ……...……

....

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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[3)]

……..……..……..……..

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[1)]:

O zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

O 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. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

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

[1)]Właściwe zaznaczyć znakiem„X”.

[2)]W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

[3)]W przypadku uczestnika niepełnoletniego

-załącznik 1 do Regulaminu letniego obozu piłkarskiego-

Niniejszym wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na fotografowanie mojego dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

w trakcie trwania obozu oraz na nieodpłatne wykorzystanie, rozpowszechnianie i udostępnianie jego wizerunku na stronie internetowej klubu lub portalu społecznościowym (facebook).

.....
(podpis Rodzica/Opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić

-załącznik 2 do Regulaminu letniego obozu piłkarskiego-

Niniejszym wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na podanie mojemu dziecku:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych, przeciwgorączkowych i rozkurczowych w doraźnych przypadkach w trakcie trwania obozu.

* niepotrzebne skreślić

.....
(podpis Rodzica/Opiekuna prawnego)

W razie zagrożenia życia mojego dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacyjne oraz na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.

.....
(podpis Rodzica/Opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić