



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: **obóz sportowy**
2. Termin wycieczki: **18-20.07.2023r.**
3. Adres wycieczki: **Ośrodek Wycieczki i Rekreacji w Cmolasie, Cmolas 269c, 36-105 Cmolas**

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko:
2. Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów:
3. Rok urodzenia uczestnika wycieczki:
4. Nr PESEL uczestnika wycieczki:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

5. Adres zamieszkania:
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców/prawnych opiekunów:
7. Numery telefonu rodziców/prawnych opiekunów uczestnika wycieczki:
(prosimy zapisywać: numer telefonu + właściciel numeru)

.....

.....

.....

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

.....





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

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary):

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

Informacje o szczepieniach ochronnych uczestnika wycieczki (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):
(Szczepienia uczestników wycieczki nie są obowiązkowe, a dobrowolne. W przypadku ich braku prosimy o wpisanie w rubryki „brak”.)

Tężec:

Błonica:

Inne:

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodziców/prawnych opiekunów uczestnika wycieczki)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę

odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę

z powodu:





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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał w:
(adres miejsca wypoczynku)

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)





VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy uczestnika wypoczynku)

