

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: obóz sportowy piłkarski
2. Termin wypoczynku –
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:
.....

Chorzów 26.05.2017

.....
(miejsowość, 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
.....
 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, 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.)

.....
(podpis rodzica/ opiekuna prawnego lub pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

.....
(data)

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)

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

Uczestnik przebywał

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 CHOROBY PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

Organizator informuje rodziców/opiekunów prawnych o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

ZGODA RODZICÓW w przypadku obozów specjalistycznych. Niniejszym wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach sportowych - piłkarskich.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica / opiekuna)

Wyrażam zgodę na leczenie ambulatoryjne, hospitalizację lub przeprowadzenie koniecznego zabiegu medycznego, operacyjnego w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia w czasie pobytu dziecka na obozie.

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

.....
(data i miejscowość)