

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU:

- 1. Forma wypoczynku: KOLONIA
- 2. Termin wypoczynku: 02.08.2021 r. – 15.08.2021 r
- 3. Adres wypoczynku: Baza Szkoleniowo-Wypoczynkowa "Lubogoszcz"
34-734 Kasinka Mała

Kraków,
(miejsowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

- 1. Imię i nazwisko:
- 2. Imiona i nazwiska rodziców:
- 3. Rok urodzenia:
- 4. Adres zamieszkania:
.....kod pocztowy:.....
- 5. Adres zamieszkania (lub pobytu) rodziców:
.....kod pocztowy:
- 6. Numer telefonu rodziców:.....

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 / 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 :

..... (data) (podpis rodziców)

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.....

.....

(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 CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy wypoczynku)