

**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**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(miejsowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

**VI INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU
DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

- 1) Właściwie zaznaczyć znakiem „X”.
- 2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.
- 3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku¹⁾

- kolonia
 zimowisko
 obóz
 biwak
 półkolonia
 inna forma wypoczynku
- (proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku: **10.01.2020 – 19.01.2020**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku :

**Włochy Hotel „AURORA”
Via della Ruda 38 38020 Dimaro Folgarida (TN)**

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym²⁾

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą

.....
(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 rodziców³⁾

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego
uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

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

8. 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)

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec

błonica

dur

inne

oraz numer PESEL uczestnika wycieczki

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późniejszymi zmianami)).

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

III DECYZJA ORGANIZATORA WYCIECZKI O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYCIECZKI DO UDZIAŁU W WYCIECZKI

Postanawia się¹⁾:

fi zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę

fi odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)