

**MODERNY KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU
"DOM HARCERZA"**

30-069 Kraków, Formacja 19
tel. 12 637-55 45 12 637 27 41
Forma wypoczynku I

INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

- kolonia obóz biwak
- zimowisko półkolonia
- inna forma wypoczynku

(proszę podać formę)

- 2. Termin wypoczynku **03 - 10.07.2021**
- 3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Stadnina koni Kurozwęki, ul. Kościelna 12, 28-200 Staszów

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym?

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą
Kraków, dn. 23.04.2021 r.

(miejsceowość data) *mgr Aleksandra Brodecka*
(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 rodziców³¹
- 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 wypraczyunku, 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):

tyżec.....
bionica.....
dur.....
inne.....
oraz numer PESEL uczestnika wypraczyunku

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

(data)

(podpis rodziców pełnoletnie go uczestnika wypraczyunku)

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

Posiada on prawo do udziału w wypraczyunku

D zakwalifikować i skierować uczestnika na wypraczyunek

D odmówić skierowania uczestnika na wypraczyunek ze względu

(data)

(podpis organizatora wypraczyunku)

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

Uczestnik przebywał
(adres miejsca wypraczyunku)

Od dnia (dzień, miesiąc, rok).....do dnia (dzień, miesiąc, rok).....

(data)

(podpis kierownika wypraczyunku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYUNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYUNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYUNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

(miejscowość, data)

(podpis kierownika wypraczyunku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYUNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYUNKU

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy wypraczyunku)

1) Właściwe zaznaczyć znakiem „X”

2) W przypadku wypraczyunku o charakterze wędrownym

3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego