

KARTKA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

"DOM HARCERZA"
KOLONIA

30-069 INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU
tel. 12 637-59 Formy wypoczynku¹⁾
2 00 97 01

- kolonia obóz biwak
 zimowisko półkolonia
 inna forma wypoczynku

(proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku **17-24.07.2021**
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.

(miejscowość, data)

DYREKTOR MDK-DH
E. Modla
mgr Aleksandra Stróda
(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 wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wyoczynku, 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):

tyżec.....
błonica.....
dżw.....
inne.....

oraz numer PESEL uczestnika wyoczynku

<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"/>	<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 wyoczynku (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 wyoczynku)

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

Pos inawri a się¹⁾:

D zakwalifikować i skierować uczestnika na wyoczynek

D odmówić skierowania uczestnika na wyoczynek ze względu

(data)

(podpis organizatora wyoczynku)

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

Uczestnik przebywał
(adres miejsca wyoczynku)

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

(data)

(podpis kierownika wyoczynku)

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

(miejscowość, data)

(podpis kierownika wyoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYOCZYNNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYOCZYNNKU

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy wyoczynku)

1) Właściwie zaznaczyć znakiem „X”

2) W przypadku wyoczynku o charakterze wędrownym

3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego