

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki:

- kolonia
- zimowisko
- obóz
- biwak
- półkolonia
- inna forma wycieczki

(proszę podać formę)

2. Termin wycieczki .14.01.2023 — 21.01.2023

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki:

Murzasichle Pensjonat u Tołki ulica Budzowa 9

Trasa wycieczki o charakterze wędrownym²,

Nazwa kraju w przypadku wycieczki organizowanej za granicą

.....

(miejsce, data)

.....

(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców Rok urodzenia

.....

.....

3. Rok urodzenia :

4. Numer PESEL uczestnika wycieczki

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adres zamieszkania

.....

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

.....

:

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki

.....

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

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

9. 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)

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

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

tężec

błonica

inne
.....
.....
.....

.....

(data)

.....

(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

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

Postanawia się:

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę
- odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....

.....

(data)

.....

(podpis organizatora wycieczki)

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

Uczestnik przebywał Murzasichle Pensjonat u Tośki ul. Budzowa 9
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) 14 stycznia 2023 do dnia (dzień, miesiąc, rok) 21 stycznia 2023

.....

(data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOC ZYNYKU DOTYC ZĄCE POBVT U UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wychowawcy wypoczynku)

” Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

" W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

^* W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

VII

E-mail kontaktowy

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości :

słownie:.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

VIII. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby tworzenia list i zestawień uczestników kolonii w miejscach wymagających tego typu list np. muzea. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od organizatora na podany adres e-mail informacji o ofertach z zakresu edukacji i wypoczynku dzieci i młodzieży. Organizator nie będzie przekazywał innym podmiotom posiadanych danych osobowych uczestników.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

IX. ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Na podstawie artykułu 81 ust.1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (t.j. Dz.U. 2066 r. Nr 90 poz. 631 z późn.zm.) Podczas trwania kolonii dzieci mają możliwość uczestniczenia w sesjach zdjęciowych i filmowych organizowanych podczas trwania zajęć i nieodpłatnego otrzymywania zdjęć i filmów z własnym udziałem. W związku z tym w imieniu własnym i i zgłoszonego uczestnika kolonii wyrażam zgodę na fotografowanie i filmowanie mojego dziecka w celach pamiątkowych, promocyjnych i szkoleniowych.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

X. OŚWIADCZENIE O ZABIEGACH MEDYCZNYCH RATUJĄCYCH ZDROWIE I ŻYCIE

Niniejszym oświadczamy, że w razie zagrożeń życia i zdrowia naszego dziecka zgadzamy się na Jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, ambulatoryjne, oraz operacyjne.

.....
(miejsowość data)

.....
(podpisy czytelne obojga rodziców lub opiekunów)