

KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU
Półkolonia, Organizator – Fundacja Promyk,
Kopernika 85, 55-330 Brzezina, NIP : 9131609700,
REGON: 021448690, KRS: 0000377209
Tel. kontaktowy : 517 045 853



I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku¹⁾

inna forma wypoczynku - półkolonia

(proszę podać formę) 28

2. Termin wypoczynku

17-21.07.23 31.07-04.08.23

24-28.07.23 07.08-11.08.23

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Świetlica wiejska -ul. Szkolna 1, 55-330 Brzezinka Średzka

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

Wypełnia rodzic/ opiekun prawny

Wypełnienie i przekazanie Organizatorowi- Fundacji Promyk karty
uczestnika wypoczynku jest równoznaczne z zaakceptowaniem
Warunków Udziału w Półkolonii

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów prawnych)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA

WYPOCZYNKU 1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona i nazwiska rodziców

3. Rok urodzenia

4. Numer PESEL uczestnika wycieczki

5. Adres zamieszkania

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców³⁾

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/opiekunów prawnych)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O
ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W
WYPOCZYNKU Postanawia się ¹⁾:

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. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY
WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA
WYPOCZYNKU

.....
.....

.....

(miejsce, data)

.....

(podpis wychowawcy wypoczynku)

WYPEŁNIA RODZIC/ OPIEKUN PRAWNY UCZESTNIKA

Stwierdzam, że podałam (-em) wszystkie znane mi informacje
o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie
trwania wypoczynku.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne,
zabiegi diagnostyczne, operacje. Zatajenie lub podanie fałszywych informacji
o zdrowiu dziecka zwalnia organizatora od odpowiedzialności za ewentualne
skutki.

.....

(data)

(podpis rodziców/opiekunów prawnych)