



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA**  
**WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. FORMA PLACÓWKI WYPOCZYNKU: **KOLONIA**
2. TERMIN WYPOCZYNKU OD 17 LIPCA 2016 R. DO 28 LIPCA 2016 R.
3. ADRES WYPOCZYNKU, MIEJSCE LOKALIZACJI WYPOCZYNKU: **BAZA OBOZOWA "RÓŻA WIATRÓW" SZKLANA HUTA 1, 84-210 CHOCZEWO, WOJ. POMORSKIE**

.....  
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

ZENOBIA GLAC-ŚCIEBURA  
(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 RODZICÓW  
.....
6. NUMER TELEFONU RODZICÓW LUB NUMER TELEFONU 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 WYPOCZYNKU, ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNYM I STOSOWANEJ DZIECIE (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):

TEŻEC .....

BŁONICA .....

DUR .....

INNE .....

.....

.....

ORAZ NUMER PESEL UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

**WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZAWARTYCH W KARCIE KWALIFIKACYJNEJ NA POTRZEBY NIEZBĘDNE DO ZAPEWNIENIA BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 29 SIERPNI 1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (DZ. U. Z 2015 R. POZ. 2135, Z PÓŹN. ZM.)).**

.....

.....

(DATA)

(PODPIS RODZICÓW/ PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA WYPOCZYNKU)

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

POSTANAWIA SIĘ:

- ZAKWALIFIKOWAĆ I SKIEROWAĆ UCZESTNIKA NA WYPOCZYNEK
- ODMÓWIĆ SKIEROWANIA DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU ZE WZGLĘDU:

.....

.....

.....

(DATA)

.....

(PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU)

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

UCZESTNIK RZEBYWAŁ .....

(adres miejsca wypoczynku)

OD DNIA (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK) ..... DO DNIA (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK) .....

.....

(DATA)

.....

(PODPIS KIEROWNIKA PLACÓWKI 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. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE  
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

.....  
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....  
(PODPIS WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU)

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O AKCEPTACJI ZASAD  
OBOWIĄZUJĄCYCH PODCZAS WYPOCZYNKU:**

- ✓ Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka **zgadzam się/ niezgadzam\*** się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.
  
- ✓ **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam\*** zgody na uwiecznianie i publikację wizerunku mojego dziecka w toku działań statutowych Fundacji „ZiP”, zgodnie z Art. 81 Ustawy z dnia 04.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jedn. Dz.U.2006.90.631).
  
- ✓ **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam\*** zgody na uczestnictwo mojego dziecka we mszy św.
  
- ✓ ROZMIAR KOSZULKI – T-SHIRT (WZROST DZIECKA) .....

.....  
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....  
(PODPIS OJCA, MATKI LUB OPIEKUNA)

\*NIEWŁAŚCIWE SKREŚLIĆ