

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku¹⁾

- ☐ kolonia
☐ zimowisko
☒ Obóz
☐ biwak
☐ półkolonia
☐ inna forma wypoczynku.....
(proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku

r.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: Ośrodek Jeździecki Zbrosławice, 42-674 Zbrosławice, ul. Wolności 28

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym²⁾nie dotyczy
Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicąnie dotyczy

Zbrosławice dn. .2026

Marcin Jońca

(miejscowość, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona i nazwiska rodziców

3. Data 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 wypoczynku, 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):

tężec błonica dur

inne

oraz numer **PESEL** uczestnika wypoczynku

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

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

Postanawia się¹⁾:

- ☒ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

Zbrosławice dn.

Marcin Jońca

(miejscowość, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał42-674 Zbrosławice, ul. Wolności 28 . (adres miejsca wypoczynku)
od dnia (dzień, miesiąc, rok) r. do dnia (dzień, miesiąc, rok) r.

Zbrosławice dn.

(data)

(podpis kierownika wypoczynku)

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

Zbrosławice dn.

(miejscowość, data)

(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Zbrosławice dn.

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy wypoczynku)

Poniższe wypełniają rodzice lub opiekunowie prawni

Oświadczam, że Uczestnik nie ma przeciwwskazań medycznych do uczestniczenia w zajęciach jazdy konnej.

(data)

(podpis rodziców/opiekunów prawnych /pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody 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 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

r.

(data)

(podpis rodziców/opiekunów prawnych)

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na ewentualny transport przez pracowników Ośrodka mojego dziecka / podopiecznego do placówki medycznej lekarza / szpitala jeżeli osobiście nie będę mógł dojechać do Ośrodka aby zabrać dziecko na konsultację medyczną **pod warunkiem poinformowania mnie telefonicznie o tym fakcie przez kadrę obozu.**

r.

(data)

(podpis rodziców/opiekunów prawnych)

Wyrażam zgodę na odbiór mojego dziecka /podopiecznego po zakończonym obozie

przez legitymującego się

r.

(data)

(podpis rodziców/opiekunów prawnych)

¹⁾ Właściwie zaznaczyć znakiem „X”.

²⁾ W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

³⁾ W przypadku uczestnika niepełnoletniego.