

Pieczęć biura

Konto: Bank PKO BP nr 38 1020 1811 0000 0802 0147 1762 NIP 583-305-23-02
Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Organizatorów i Pośredników Turystycznych Marszałka
Województwa Pomorskiego nr 299

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

Forma wycieczki
Termin wycieczki
Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki

Gdańsk,
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Imię (imiona) i nazwisko dziecka
Data urodzenia oraz pesel (OBOWIAZKOWO !!)
Adres zamieszkania i telefon
Dane (imię i nazwisko) oraz adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na placówce wycieczki oraz telefon kontaktowy
Nr paszportu (dot. wyjazdów zagranicznych)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA

Przebyte choroby (podać rok): odra....., ospa....., świnka....., różyczka....., szkarlatyna.....
Inne choroby (np. astma):
Na co dziecko jest uczulone:
Czy dziecko przyjmuje stale leki, jakie?:
Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny, okulary:
Jak dziecko znosi jazdę samochodem:
Inne dolegliwości i uwagi:

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na placówce wycieczki.

Opiekun uczestnika odpowiada za szkody powstałe z winy uczestnika i zobowiązany jest do wyrównania strat niezwłocznie w miejscu ich wyrządzenia lub gdyby było to niemożliwe po przyjeździe dziecka z kolonii/obozu.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997 r (Dz.U. z 2015r. poz.2135, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w karcie kwalifikacyjnej uczestnika na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki.

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA O SPECJALNYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W SZCZEGÓLNOŚCI O POTRZEBACH WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, NIEDOSTOSOWANIA SPOŁECZNEGO LUB ZAGROŻENIA NIEDOSTOSOWANIEM SPOŁECZNYM

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

V. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec....., błonica....., dur....., inne.....
Inne uwagi

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

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY KLASY O UCZESTNIKU
(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)**

.....
(data) (podpis wychowawcy lub rodzica -opiekuna)

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

Postanawia się:

<input type="checkbox"/> Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek	<input type="checkbox"/> Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek
--	---

.....
(uzasadnienie)

.....
(data) (podpis organizatora wypoczynku)

VIII. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA POBYTU UCZESTNIKA NA WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał na <i>(forma i adres miejsca wypoczynku)</i> :
od dnia do dniar

.....
(data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

IX. INFORMACJE KIEROWNIKA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)
Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(miejsowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
(miejsowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)