

Karta Kwalifikacyjna Uczestnika Wypoczynku

I. Informacja dotyczące wypoczynku

1. Forma wypoczynku: Obóz rehabilitacyjny „Po zdrowie i sprawność”

2. Organizator Rehabilitacja, odnowa, rekreacja
„Promyk Jutrzenki” Mariusz Janusz
32- 445 Zawada 275
NIP 679-141-93-06, Regon 350617703
Tel 601864302

2. Adres placówki: OW Duet ul. Wydmowa 6,
76-156 Dąbki,

3. Termin obozu **14.08 - 23.08.2020**

Podpis organizatora

Zawada 14.08.2020

II. Informacje dotyczące uczestnika wypoczynku

Nazwisko i imię

PESEL

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nazwiska i imiona rodziców

Adres zamieszkania uczestnika wypoczynku

Telefon kom. uczestnika

Telefon kontaktowy rodziców***

Adres zamieszkania rodzica/opiekuna w czasie pobytu
dziecka na obozie***

Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku

Uczulenia

Choroba lokomocyjna - (tak) (nie)*

Czy nosi (*) okulary, soczewki, aparat ortodontyczny,
inne

Moczenie nocne (tak) (nie)*

Specjalna dieta (tak) (nie)*

Rodzaj diety.....

Informacja o szczepieniach ochronnych wraz z
podaniem roku **lub przedstawienie książeczki zdrowia**
z aktualnym wpisem szczepień

Tężec

Błonica

Dur

Inne

Stosowane leki i sposób podania - jeśli rodzic wyraża
zgodę na ich podanie w trakcie pobytu uczestnika na
obozie

**Przekładając powyższe wyrażam zgodę na udział
dziecka w obozie rehabilitacyjnym organizowanym
przez Mariusz Janusz, Rehabilitacja „Promyk
Jutrzenki”. Akceptuję regulamin obozu, zasady
uczestnictwa i zobowiązuje się do uiszczenia kosztów
udziału w obozie. Wyrażam zgodę na przetwarzanie
danych osobowych zawartych w karcie
kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do
zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia
uczestnika wypoczynku (Dz. U. z 2015 poz. 2135, z
późn. zm.)**

Data podpis rodzica lub pełnoletniego
uczestnika wypoczynku

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM/EM WSZYSTKIE
WAŻNE INFORMACJE, KTÓRE MOGĄ POMÓC W
ZAPEWNIENIU BEZPIECZEŃSTWA I WŁAŚCIWEJ
OPIEKI NA OBOZIE.

Data podpis rodzica

Zgadzam się ** Nie zgadzam ** się na
wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w
materiałach zdjęciowych i filmowych dla
celów naukowych i promocyjnych.

Data podpis rodzica

III. Decyzja o zakwalifikowaniu (wypełnia organizator)
Zakwalifikowano TAK Nie, z powodu

Podpis organizatora wypoczynku

IV. Potwierdzenie pobytu uczestnika w placówce
wypoczynku

Uczestnik przebywał na obozie rehabilitacyjnym w

.....

od do

Data Podpis

V. Informacja o stanie zdrowia uczestnika w czasie
pobytu na obozie.

Miejscowość, data Podpis kierownika wypoczynku

VI. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy dotyczące
uczestnika wypoczynku

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis wychowawcy/instruktora

* właściwe podkreślić

** właściwe zaznaczyć znakiem X

*** dotyczy uczestnika niepełnoletniego