

Karta Kwalifikacyjna Uczestnika Wypoczynku
zgodna z rozporządzeniem MEiN z dnia 22.07.2021 (poz. 1548)

I. Informacje dotyczące wypoczynku

1. Forma wypoczynku: Obóz rehabilitacyjny „Po zdrowie i sprawność”
2. Termin obozu 26.07 – 05.08.2025
3. Adres wypoczynku: OW DIUNA, ul. Teligi 5,
72-351 Pogorzelica, tel. 91 386 3158
2. Organizator Fundacja Promocji Zdrowia Człowieka
Promyk Jutrzenki, os. 1000-lecia 14/30, 32-400
Myślenice, KRS 0001156208, NIP 6812110934
Regon 540990042, Tel 601864302

Podpis organizatora
Myślenice 26.07.2025

II. Informacje dotyczące uczestnika wypoczynku

1. Imię (imiona) i Nazwisko
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców
.....
3. ROK UR uczestnika
4. PESEL
5. Adres zamieszkania uczestnika wypoczynku
.....
6. Adres zamieszkania rodzica/opiekuna w czasie
pobytu dziecka na obozie***
.....
7. Telefon kontaktowy rodziców***
.....
Telefon kom. uczestnika
8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych
.....
9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku
Uczulenia
.....
Choroba lokomocyjna - (tak) (nie)*
Czy nosi (*) okulary, soczewki, aparat ortodontyczny,
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
Inne

Data Podpis rodziców/podpis pełnoletniego uczestnika
wypoczynku
26.07.2025

III. Decyzja organizatora o zakwalifikowaniu
(wypełnia organizator)

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika
na wypoczynek TAK
Odmówić skierowania z powodu
.....
Data i podpis organizatora wypoczynku
26.07.2025

IV. Potwierdzenie przez kierownika wypoczynku
pobytu uczestnika w miejscu wypoczynku

Uczestnik przebywał w OW DIUNA, ul. Teligi 5,
72-351 Pogorzelica od 26.07 – 05.08.2025
Data 05.08.2025 Podpis

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
Pogorzelica 05.08.2025
Miejscowość, data Podpis kierownika wypoczynku

VI. Informacje i spostrzeżenia wychowawcy
dotyczące pobytu uczestnika wypoczynku

.....
.....
.....
.....
.....
.....
Pogorzelica 05.08.202
Miejscowość, data Podpis wychowawcy wypoczynku

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

Przekładając powyższe wyrażam zgodę na udział
dziecka w obozie rehabilitacyjnym organizowanym
przez Fundacja Promocji Zdrowia Człowieka
„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 edukacyjnych i promocyjnych.

Data podpis rodzica

* właściwe podkreślić

** właściwe zaznaczyć znakiem X

*** dotyczy uczestnika niepełnoletniego