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 8.02.2026-13.02.2026
3. Adres wypoczynku: Pensjonat „Ognisty Wżdar” wcześniej „U Benedykta”
34-440 Kluszkowce, ul. Kamieniarska 21A,
Tel 18 265 06 96
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 ..... *Zawada 8.02.2026*

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
……..
..... **I.**
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
8.02.2026.....

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
8.02.2026 .....

IV. Potwierdzenie przez kierownika wypoczynku pobytu uczestnika w miejscu wypoczynku
Uczestnik przebywał w Pensjonacie „Ognisty Wżdar U Benedykta”
34-440 Kluszkowce, ul. Kamieniarska 21A
od 8.02 do 13.02.2026

Data 13.02.2026 Podpis ……..

V. Informacja o stanie zdrowia uczestnika w czasie pobytu na obozie.
……
……
……
……
Kluszkowce 13.02.2026 ……..
Miejscowość, data Podpis kierownika wypoczynku

VI. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy dotyczące uczestnika wypoczynku
……..
……..
……..
……...
Kluszkowce 13.02.2026 ……

Miejscowość, data Podpis wychowawcy wypoczynku
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 Fundacje 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