

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 19.01.2025-24.01.2025

3. Adres wypoczynku: Pensjonat „U Benedykta”

34-440 Kluszkowce, ul. Kamieniarska 21A,

Tel 18 265 06 96

2. Organizator Rehabilitacja, odnowa, rekreacja

„Promyk Jutrzenki” Mariusz Janusz

32- 445 Zawada 275, NIP 679-141-93-06,

Regon 350617703, Tel 601864302

Podpis organizatora Zawada 19.01.2025

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 **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

19.01.2025.....

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

19.01.2025

IV. Potwierdzenie przez kierownika wypoczynku

pobytu uczestnika w miejscu wypoczynku

Uczestnik przebywał w Pensjonacie „U Benedykta”

34-440 Kluszkowce, ul. Kamieniarska 21A

od 19.01 do 24.01.2025

Data 24.01.2025 Podpis

V. Informacja o stanie zdrowia uczestnika w czasie

pobytu na obozie.

Kluszkowce 24.01.2025

Miejscowość, data Podpis kierownika wypoczynku

VI. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy dotyczące

uczestnika wypoczynku

Kluszkowce 24.01.2025

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 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 edukacyjnych i promocyjnych.

Data podpis rodzica

* właściwe podkreślić

** właściwe zaznaczyć znakiem X

*** dotyczy uczestnika niepełnoletniego