**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 13.08-24.08.2024

3. Adres wypoczynku:Villa Radojka, Villa Stancic, D105 Lopar, Chorwacja.

2.*Organizator:* 1.DAMP TURYSTYKA Sp.z o.o., ul. Bobrecka 10, 43-400 Cieszyn

2. ROBR „Promyk Jutrzenki” Mariusz Janusz

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

Regon 350617703, **Tel 601864302**

Podpis organizatora ......................... *Zawada 13.08.2024*

II. Informacje dotyczące uczestnika wypoczynku

1. Imię (imiona) i Nazwisko ..........................................

........................................................................................

2. Imiona i nazwiska rodziców …………………………

………………………………………………………..

3. Data ur. uczestnika .....................................................

4. PESEL

.......................................................................................

4.1. Numer i data ważności dokumentu uprawniającego do wyjazdu za granicę ...................................................

......................................................................................

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

.................................. ....................................................................

**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

13.08.2024 ....................................

**IV. Potwierdzenie przez kierownika wypoczynku pobytu uczestnika w miejscu wypoczynku**

Uczestnik przebywał na wypoczynku jw. w terminie 13.08-24.08.2024

Data 24.08.2024 Podpis ………………………..

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Lopar 24.08.2024 …………………………..

Miejscowość, data Podpis kierownika wypoczynku

1. **VI. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy dotyczące uczestnika wypoczynku**

……………………………………………………..

……………………………………………………..

……………………………………………………...

Lopar 24.08.2024 …………………………

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 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