

**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 11.02-16.02.2024

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 02.01.2024

**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 .....

bytu 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

11.02.2024 .....

**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

11.02.2024 .....

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

Uczestnik przebywał w Pensjonacie „U Benedykta”  
34-440 Kluszkowce, ul. Kamieniarska 21A  
od 11.02 do 16.02.2024

Data 16.02.2024 Podpis .....

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

.....

.....

Kluszkowce 16.02.2024 .....

Miejscowość, data Podpis kierownika wypoczynku

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

.....

.....

Kluszkowce 16.02.2024 .....

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