

**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 16.08-26.08.2023
3. Adres wypoczynku: OW Duet ul. Wydmowa 6, 76-156 Dąbki,  
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 16.08.2023

**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 .....

**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 16.08.2023 .....

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

Uczestnik przebywał w OW Duet ul. Wydmowa 6, 76-156 Dąbki w terminie 16.08-26.08.2023

Data 26.08.2023 Podpis .....

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

Dąbki 16.08.2023 .....

Miejscowość, data Podpis kierownika wypoczynku

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Dąbki 16.08.2023 .....

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