



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

### I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Rodzaj imprezy: obóz sportowy o specjalizacji TANIEC I AKROBATYKA
2. Termin obozu: 14-25.07.2024 r
3. Adres: Centrum Zdrowia i Wypoczynku BALTIC RESORT, Ul. Jagiellońska 3, Darłówko

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis organizatora wypoczynku)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika \_\_\_\_\_
2. Data urodzenia \_\_\_\_\_ Pesel \_\_\_\_\_
3. Adres zamieszkania \_\_\_\_\_
4. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) \_\_\_\_\_
5. Numer telefonu rodziców (opiekunów) \_\_\_\_\_
6. Adres e-mail rodziców (opiekunów) \_\_\_\_\_
7. Rozmiar koszulki noszony na codzień \_\_\_\_\_

8. Informacje o specjalistycznych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec \_\_\_\_\_

błonica \_\_\_\_\_

dur \_\_\_\_\_

inne \_\_\_\_\_

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz.2135, z późn. zm.).**

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(podpis rodziców/opiekunów)

---

### III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W OBOZIE

Postanawia się:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(podpis organizatora wypoczynku)

---

### IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA OBOZU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał: \_\_\_\_\_

(adres miejsca wypoczynku) od dnia (dzień, miesiąc, rok) \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(podpis kierownika wypoczynku)

---

V. INFORMACJE KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

---

---

---

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(podpis kierownika wycieczki)

---

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

---

---

---

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(podpis wychowawcy wycieczki)

---

W razie zagrożenia życia dziecka, zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM/EM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI PODCZAS POBYTU NA OBOZIE - OBOZU AKROBATYCZNEGO W TERMINIE 21-31.07.2023 ROKU.

\_\_\_\_\_ podpis rodzica (opiekuna)