



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Obóz „Mini Surf Camp”Tucamp x SKS w Chałupach | 2024

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU (wypełnia rodzic/opiekun)

1. Forma wycieczki: **obóz**2. Termin wycieczki: 22.06-29.06.2024 20-27.07.2024 27.07-03.08.20243. Adres wycieczki: **Kemping „Chałupy6”, ul. Kaperska 2a, 84-120 Władysławowo**

(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko **dziecka**: data ur. 2. Numer **PESEL** uczestnika wycieczki: 3. Adres zamieszkania uczestnika:

4. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów oraz numery telefonów:

opiekun 1. nr tel. opiekun 2. nr tel.

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (jeśli inny niż uczestnika):

6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia.

7. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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) oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

 Tężec Błonica Inne szczepienia: 8. Oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia mojego syna/córki (podopiecznego/-ej) przebywającego(ej) na obozie **wyrażam zgodę na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne** w poradniach oraz placówkach leczniczych oraz na podawanie przez kadrę obozu leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka na obozie.W obydwu przypadkach **kadra lub kierownik obozu niezwłocznie skontaktują się z osobą wskazaną** na tej karcie kwalifikacyjnej, celem poinformowania o planowanych działaniach medycznych, a fakt ten zostanie zanotowany w karcie.

(data)

(podpis rodziców/opiekunów)

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU** *(wypełnia organizator i kadra)*

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 WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU.Uczestnik przebywał na obozie, na **Kemping „Chałupy6”, ul. Kaperska 2a, 84-120 Władysławowo**

od dnia _____ 2024r. od godz. _____ do dnia _____ 2024r. do godz. _____

(data)

(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

(data)

(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU.

(data)

(podpis wychowawcy)