



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Obóz rowerowy Tucamp w Czarnej Górze/Sienna/Sudety 2024

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU (wypełnia rodzic/opiekun)

1. Forma wycieczki: **obóz** 2. Termin wycieczki: 22.06-29.06.2024 29.06-06.07.2024 06-13.07.2024 13-20.07.2024

W przypadku uczestnictwa w 2 lub więcej turnusach proszę zaznaczyć odpowiednie

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki: **Pensjonat „Złote Góry”, Sienna 5H, 57-550 Sienna**

(miejscowość, data)

(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 kontaktowych:

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 Błonnica Inne szczepienia:8. Oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia mojego syna/córki (podopiecznego/-ej) przebywającego(ej) na obozie rowerowym, **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 w Pensjonacie „Złote Góry”, Sienna 5H, 57-550 Sienna

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)