



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Obóz Sportowy Tucamp w Chomiąży Szlacheckiej 2024

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU (wypełnia rodzic/opiekun)

1. Forma wycieczki: **obóz**2. Termin wycieczki:  07-14.07.2024  07-21.07.2024 (2 tyg.)  14-21.07.2024  04-11.08.20243. Adres wycieczki: **Ośrodek Wczasowy ROMA w Chomiąży Szlacheckiej 8, 88-410 Gąsawa**

(miejsowość, 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:

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 **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, w **Ośrodku Wczasowym ROMA w Chomiąży Szlacheckiej 8, 88-410 Gąsawa,**

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)