

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Obóz rowerowy Tucamp Sienna/Sudety 2026 – Czarna Góra

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU (wypełnia rodzic/opiekun)1. Forma wypoczynku: **obóz** 2. Termin wypoczynku:☐ 27.06-04.07.2026☐ 04-11.07.2026☐ 11-18.07.2026☐ 08-15.08.2026

W przypadku uczestnictwa w 2 lub więcej turnusach proszę zaznaczyć odpowiednie

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

(miejscowość, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU1. Imię i nazwisko **dziecka**: data ur. 2. Numer **PESEL** uczestnika wypoczynku: 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 wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.

7. 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) 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 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 _____ 2026r. od godz. _____ do dnia _____ 2026r. 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)