



Kartę kwalifikacyjną proszę odesłać na adres: surf@tucamp.pl, a oryginał przekazać w dniu obozu – **ważne!**

Tel. +48 505 996 488, +48 881 210 182 | surf@tucamp.pl | www.tucamp.pl | fb.com/obozytucamp

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Obóz „Surf Camp” Tucamp w Chałupach | 2026

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU (wypełnia rodzic/opiekun)

1. Forma wypoczynku: **obóz | profil:** ☐ windsurfing ☐ surfing ☐ kitesurfing

2. Termin wypoczynku:

☐ 28.06-05.07.2026

☐ 05-12.07.2026

☐ 12-19.07.2025

☐ 19-26.07.2026

☐ 26.07-02.08.2026

☐ 02-09.08.2026

3. Adres wypoczynku: **Kemping „Chałupy6”, ul. Kaperska 2a, 84-120 Władysławowo**

(miejscowość, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko **dziecka:** data ur.

2. Numer **PESEL uczestnika** wypoczynku:

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 wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia.

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):

☐ Tęžec

☐ 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/Uczestniczka przebywał/a na obozie, na **Kempingu „Chałupy6”, ul. Kaperska 2a, 84-120 Władysławowo**

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)