KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku[1)]

☐ kolonia
☐ zimowisko
☐ obóz
☐ biwak
☐ półkolonia
☐ inna forma wypoczynku ……
(proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku 11-17.08.2024 r

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: Alga Ośrodek Wypoczynkowo – Kolonijny ul. Gdańsk 47A, Sztutowo

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym[2)] – nie dotyczy

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą – nie dotyczy

....
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

……..…….……..

2. Imiona i nazwiska rodziców

…….……....

…….……

3. Rok urodzenia …….…….

3. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

5. Adres zamieszkania ……..……..

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców[3)]

……..……...

……....

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku …….……
…….
…….....

8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym
…….
…….
…….

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale 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 …….
…….
…….

..... …….....
(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się[1)]:
☐ 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 .....
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ..... do dnia (dzień, miesiąc, rok) .....

....
(data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

……
……
……
……

....
(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
.....
.....
.....
.....

....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

[1)] Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.
[2)] W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.
[3)] W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na wypoczynku. Jeśli moje dziecko przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wypoczynku. W razie zagrożenia zdrowia i życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Oświadczam, że dziecko jest zdrowe i nie ma żadnych przeciwwskazań do udziału we wszystkich zajęciach odbywających się na obozie.

…… ……..
(data, imię i nazwisko rodzica/opiekuna) (data, imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

Upoważniam poniżej wskazane osoby do odbioru dziecka:

IMIĘ NAZWISKO	NUMER I SERIA DOWODU OS.	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

WYRAŻAM / ~~NIE WYRAŻAM~~ zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego dziecka wykonanych podczas obozów organizowanych przez Fundację Dziewczęca Akademia Piłkarska Złote Lwice z siedzibą przy ul. Jaśkowa Dolina 11A / 1A, 80-252 Gdańsk, w mediach: Internecie, prasie, telewizji oraz materiałach promocyjnych organizatora. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany wyłącznie w celu promocji i potrzeb funkcjonowania Fundacji Dziewczęcej Akademii Piłkarskiej Złote Lwice z siedzibą przy ul. Jaśkowa Dolina 11A / 1A, 80-252 Gdańsk.

…….. ……..
(data, imię i nazwisko rodzica/opiekuna) (data, imię i nazwisko rodzica/opiekuna)