

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU



I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: kolonia
2. Termin wypoczynku:
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko:
2. Imiona i nazwiska rodziców:
3. Rok urodzenia:
4. Adres zamieszkania:
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców:
.....
6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku:
7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:
.....
.....
.....
8. Choroby przewlekłe lub inne: (astma, padaczka, choroby reumatyczne, choroby serca, nerek) inne:
.....
.....
.....
9. Dolegliwości lub objawy które występują ostatnio u dziecka: (omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bezsenność, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, inne):
.....
.....

MICHAŁ GRABAREK SPORT EXPERIENCE

NIP: 9671093795

ul. Marii Curie Skłodowskiej 16

85-094 Bydgoszcz

10. Dziecko jest uczulone lub nie może stosować leków (podać nazwę leku, pokarmu itp.).....

 11. Dziecko przyjmuje stale leki (podać lek i dawkę):

 12. Czy dziecko jest na diecie wegetariańskiej lub innej:

 13. Czy dziecko nosi: okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, inne:

 14. Jak znosi jazdę:
 autokarem: dobrze/źle
 samochodem: dobrze/źle
15. Inne ważne informacje o zdrowiu dziecka:

 16. Wyrażamy/nie wyrażamy zgodę na hospitalizację, leczenie lub zabiegi operacyjne w przypadku nieszczęśliwego wypadku naszego dziecka. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.
 17. Oświadczam, że dziecko: umie/nie umie pływać.
 18. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na korzystanie z basenu.
 19. Informacje o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

- tężec:
- błonica:
- dur:
- inne:
- oraz numer PESEL uczestnika wycieczki:

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

Postanawia się*: zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek./odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

.....

(Data, czytelny podpis Organizatora wycieczki)

MICHAŁ GRABAREK SPORT EXPERIENCE
 NIP: 9671093795
 ul. Marii Curie Skłodowskiej 16
 85-094 Bydgoszcz