



Pracownia Twórczego Rozwoju EDUKACYJNY ZAKĄTEK  
ul. Kochanowskiego 2, 83-000 Pruszcz Gdański  
tel. 733-455-233; 507-434-414  
e-mail: [kontakt@edukacyjnyzakatek.pl](mailto:kontakt@edukacyjnyzakatek.pl)  
[www.edukacyjnyzakatek.pl](http://www.edukacyjnyzakatek.pl)

ORGANIZATOR WYPOCZYNKU: Fundacja Pomorski  
Instytut Edukacji

Nr konta: 36 2030 0045 1110 0000 0406 1720; NIP  
5833156125

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. Informacje dotyczące wycieczki

Forma wycieczki	<b>PÓŁKOLONIA LETNIA</b>
Temat półkolonii <i>(wypełnia Rodzic/opiekun)</i>	
Termin wycieczki <i>(wypełnia Rodzic/opiekun)</i>	

Pruszcz Gd., .....

.....

(miejsowość, data)

(podpis organizatora wycieczki)

### II. Informacje dotyczące uczestnika wycieczki *(wypełnia Rodzic/opiekun)*

Imię (imiona) i nazwisko dziecka																					
Data urodzenia oraz PESEL <b>(OBOWIĄZKOWO!)</b>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Adres zamieszkania dziecka																					
Dane (imiona i nazwiska) oraz adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki oraz telefon kontaktowy																					

### III. Informacje rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia uczestników wycieczki *(wypełnia Rodzic/opiekun)*

Przebyte choroby (podać... rok): odra .....; ospa .....; świnka .....; różyczka .....; szkarlatyna .....
Inne choroby (np. astma):
Na co dziecko jest uczulone:
Czy dziecko przyjmuje stałe leki (jakie):
Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny, okulary:
Jak dziecko znosi jazdę samochodem:
Inne dolegliwości/uwagi:

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na placówce wycieczki.

Opiekun uczestnika odpowiada za szkody powstałe z winy uczestnika i zobowiązany jest do wyrównania strat niezwłocznie w miejscu ich wyrządzenia lub gdyby było to niemożliwe po przyjeździe dziecka z półkolonii.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997 r (Dz.U. z 2015r. poz.2135, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w karcie kwalifikacyjnej uczestnika na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki.

.....

(data)

.....

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

**IV. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym** *(wypełnia Rodzic/opiekun)*


.....

(data)

.....

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

**V. Informacja o szczepieniach** *(wypełnia Rodzic/opiekun)*

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec .....; błonica .....; dur .....; inne .....
Inne uwagi:

.....

(data)  
pielęgniarki)

.....

(podpis matki, ojca lub opiekuna lub

**VI. Potwierdzenie przez kierownika pobytu uczestnika na wycieczce**

Uczestnik przebywał na (forma i adres wycieczki):
od dnia ..... do dnia .....

.....

(data)

.....

(podpis kierownika wycieczki)

**VII. Potwierdzenie o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania wycieczki**

Dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp.

.....

(data)  
pielęgniarki)

.....

(podpis kierownika wypoczynku, lekarza lub

**VIII. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy wypoczynku dotyczące uczestnika wypoczynku**


.....

(data)

.....

(podpis wychowawcy)

**IX. Decyzja organizatora wypoczynku o zakwalifikowaniu uczestnika wypoczynku do udziału w wypoczynku**

Postanawia się:

Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek	<input type="checkbox"/>
Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu: .....	<input type="checkbox"/>

.....

(data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku)