



Pracownia Twórczego Rozwoju EDUKACYJNY ZAKĄTEK
ul. Kochanowskiego 2, 83-000 Pruszcz Gdański
tel. 733-455-233, e-mail: kontakt@edukacyjnyzakatek.pl
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 wypoczynku

Forma wypoczynku: PÓŁKOLONIE
Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:
Termin wypoczynku:

Pruszcz Gd.,
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

Imię (imiona) i nazwisko dziecka:																				
Imię (imiona) i nazwiska rodziców:																				
Data urodzenia oraz PESEL (OBOWIĄZKOWO!) : <table border="1" style="float: right;"><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:																				
Adres zamieszkania lub pobytu rodziców:																				
Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku																				

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

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

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

Choroby przewlekłe (np. astma):
Na co dziecko jest uczulone:
Czy dziecko przyjmuje stale leki (jakie):
Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny, okulary:
Jak dziecko znosi jazdę pociągiem/autokarem:
Inne dolegliwości/uwagi:

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

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

Szczepienia ochronne: tężec; błonica; dur; inne Proszę podać rok lub przedstawić książeczkę zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.
Inne uwagi:

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

VI. Decyzja organizatora wycieczki o zakwalifikowaniu uczestnika wycieczki do udziału w wycieczce

Postanawia się:

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

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

VII. Potwierdzenie przez kierownika pobytu uczestnika na wypoczynku

Uczestnik przebywał na (forma i adres wypoczynku):
W terminie: od dnia do dnia

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VIII. Informacja kierownika wypoczynku o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku w czasie trwania wypoczynku oraz o chorobach przebytych w jego trakcie

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku, lekarza lub pielęgniarki)

IX. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy wypoczynku dotyczące uczestnika wypoczynku

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy)