

**Organizator Wypoczynku**  
**Monika Malik Maria Żylska s.c.**  
**Edukacja Sportowa Dzieci i Młodzieży**  
**ul. Krasickiego 19/78 , 30-515 Kraków**  
**NIP 6793126287 REGON 364125188**

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### **I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

#### **1. Forma wypoczynku <sup>1)</sup>**

- kolonia
- zimowisko
- obóz
- biwak
- półkolonia
- inna forma wypoczynku

#### **FUNKY CAMP LATO 2024 OBÓZ TANECZNY**

**2. Termin wypoczynku: 25.06.2024-02.07.2024**

#### **3. Adres wypoczynku:**

**Ośrodek Wypoczynkowy ZBÓJNIK ul Sądelska 27A, 34-531 Murzasichle**

Kraków, dnia .....

.....  
( podpis organizatora wypoczynku)

---

### **II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Imiona i nazwiska rodziców.....

3. Rok urodzenia uczestnika.....

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

5. Adres zamieszkania.....

6. Adres rodziców (opiekunów) dziecka lub pobytu rodziców .....

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 społecznemu  
.....  
.....

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 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)

tężec .....  
błonica .....  
dur ..... Inne .....

.....  
(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

W przypadku wystąpienia drobnych dolegliwości (np. bóle głowy, niestrawność, gorączka, przeziębienie) wyrażam zgodę na podanie przez wychowawców ogólnodostępnych leków.  
TAK/NIE\*

W przypadku przyjmowania przez uczestnika obozu specjalistycznych leków, oświadczam, że moje dziecko zostało przeszkolone w podawaniu leków i może samo je przyjmować. TAK/NIE\*

\*niepotrzebne skreślić

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 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

.....  
(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

### III. DECYZJA ORGANIZATORA WYCIECZKI O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYCIECZKI DO UDZIAŁU W WYCIECZCE

Postanawia się 1):

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę  
 odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....

.....  
(data) (podpis organizatora wycieczki)

### IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYCIECZKI POBYTU UCZESTNIKA WYCIECZKI W MIEJSCU WYCIECZKI

Uczestnik przebywał .....  
(adres miejsca wycieczki)

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

.....  
(data) (podpis kierownika wycieczki)

### V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYCIECZKI O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYCIECZKI W CZASIE TRWANIA WYCIECZKI ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEJ TRAKCIE

.....

(miejscowość, data) (podpis kierownika wycieczki)

### VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYCIECZKI DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYCIECZKI

.....

.....

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