

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki¹⁾

- kolonia
 - zimowisko
 - obóz
 - biwak
 - półkolonia
 - inna forma wycieczki
- (proszę podać formę)*

2. Termin wycieczki –

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki

.....
.....

Trasa wycieczki o charakterze wędrownym²⁾

.....
.....

Nazwa kraju w przypadku wycieczki organizowanej za granicą

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....
.....

3. Rok urodzenia

.....

4. Numer PESEL uczestnika wycieczki

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

5. Adres zamieszkania

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców³⁾

.....
.....

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

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

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

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

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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

.....

inne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

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

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

Postanawia się¹⁾:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)



**I. 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)

**II. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA
WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH
PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

**III. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE
POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wychowawcy wypoczynku)

¹⁾ Właściwie zaznaczyć znakiem „X”.

²⁾ W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

³⁾ W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

Załącznik
OŚWIADCZENIE RODZICA
w związku z uczestnictwem dziecka w wycieczce letniej
oświadczenie powinno zostać złożone w dniu rozpoczęcia wycieczki

My, niżej podpisani, jako rodzice/prawni opiekunowie małoletniego/małoletniej

.....(imię i nazwisko dziecka),

1. W razie zagrożenia zdrowia fizycznego, psychicznego lub zagrożenia życia Uczestnika zgadzamy się na jego badania, leczenie ambulatoryjne lub szpitalne, w poradniach, w placówkach leczniczych, zabiegi diagnostyczne, zabiegi operacyjne, znieczulenie miejscowe, narkozę, podawanie leków lub środków farmakologicznych: ogólnodostępnych lub przepisanych przez lekarza, w tym lekarza pierwszego kontaktu.
2. Oświadczamy, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o Uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu Uczestnikowi właściwej pieczy i opieki w trakcie Obozu.
3. Zobowiązujemy się do uiszczenia na rzecz Organizatora kosztów uczestnictwa Uczestnika w Obozie, na warunkach, w tym w terminie, wynikających z Umowy.
4. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych Uczestnika na potrzeby niezbędne do realizacji Umowy (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 113, poz. 883 z późn. zm.).
5. Wyrażam zgodę na przekazywanie danych osobowych przez Organizatora podmiotom trzecim w zakresie niezbędnym do realizacji Umowy.
6. Zostałem poinformowany o dobrowolności podania danych osobowych, prawie dostępu do treści danych osobowych oraz prawie ich poprawiania.
7. Wskazana powyżej osoba:
 - jest zdrowa, i nie występują u niej objawy chorobowe sugerujące występowanie choroby zakaźnej, w tym w szczególności choroby COVID-19, wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2;
 - w ostatnich 14 dniach przed rozpoczęciem formy wycieczki nie przebywała na kwarantannie, a także nie miała świadomego kontaktu i nie zamieszkiwała z osobą przebywającą na kwarantannie, niezależnie od formy tej kwarantanny;
 - nie miała świadomego kontaktu z osobą zakażoną koronawirusem SARS-CoV-2 oraz chorującą na COVID-19;
 - nie choruje na chorobę przewlekłą, mogącą narazić je na cięższy przebieg ewentualnego zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2;
8. Zobowiązujemy się do zapewnienia jej, we własnym zakresie, środków ochrony osobistej;
9. Zobowiązujemy się do niezwłocznego odbioru dziecka - do 12 godzin - w przypadku stwierdzenia u niego objawów mogących świadczyć o chorobie zakaźnej;
10. Udostępnimy organizatorowi i kierownikowi wycieczki numer telefonu lub inny kontakt zapewniający szybką komunikację;
11. Osoby odprowadzające dziecko na zbiórkę lub do obiektu są zdrowe, nie mają objawów infekcji lub choroby zakaźnej, nie zamieszkiwały z osobą przebywającą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych w okresie 14 dni przed rozpoczęciem wycieczki.

UWAGA: W przypadku występowania u uczestnika chorób przewlekłych konieczne jest dostarczenie opinii lekarskiej o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w wycieczce

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

miejscowość, data

podpisy rodziców/opiekunów prawnych

Wypełnić jeśli dziecko przyjmuje regularnie leki/medykamenty

1. Wyrażamy zgodę na podawanie przez opiekuna leków zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z poniższą tabelą.

| Nazwa medykamentu/lekarstwa | Sposób dawkowania |
|-----------------------------|-------------------|
| 1. | |
| 2. | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

miejscowość, data

podpisy rodziców/opiekunów prawnych