KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

 I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU
1. Forma wypoczynku:

 kolonia

* zimowisko

 obóz

 biwak

 półkolonia

 inna forma wypoczynku ………………………………………

 (proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku 08 – 14 luty 2026r.
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: Weronika Inn, Suche 7A, 34-520 PORONIN

 Strzelin 27. 11. 2025r. .............................................................................

 (miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

 II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU
1. Imię (imiona) i nazwisko ……………………………………………………………………………………………..………….……………..
 2. Imiona i nazwiska rodziców ………………………………………………………………………………………………………..……………………………………….…………….... ……………………………………………………………………..………………………………..…………………………………………….……………
3. Rok urodzenia ………………………………………………………………………….……………………….
4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

5. Adres zamieszkania ………………………………………………..……………………………………………………..………………………..
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców3) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………..…………... …………………………………………………………………………………………………………………….....

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 społecznym …………………………………………………………………………………..……………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………….

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 stale 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 wypoczynku)

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) (podpis organizatora wypoczynku)