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)