

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: obóz sportowo-przygodowy
2. Termin wycieczki 09-15.08.2025 r.
3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki  
Pensjonat Gościniec Pieniński, ul. Karpacka 1, 34-440 Kluszkowce, tel. 500 832 507

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis organizatora wycieczki)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko  
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców  
.....  
.....
3. Data urodzenia .....
4. Adres zamieszkania .....
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców<sup>3)</sup>  
.....
6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki .....
7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym  
.....  
.....
8. **Istotne informacje o stanie zdrowia uczestnika wycieczki:**
  - a) Uczulenia i alergie (w tym na leki):  
.....
  - b) Choroba lokomocyjna  
.....
  - c) Używane wyroby medyczne (okulary korekcyjne, aparat ortodontyczny, aparat słuchowy) .....
  - d) Szczepienia ochronne realizowane zgodnie z Obowiązkowym Programem Szczepień Ochronnych:  
 tak       nie  
(proszę podać rok szczepienia lub dołączyć ksero książeczki zdrowia dziecka)  
tężec .....
  - błonica .....
  - dur.....
  - inne.....
- e) Choroby przewlekłe, na które uczestnik wycieczki aktualnie się leczy:  
.....

f) Czy w trakcie wypoczynku uczestnik będzie przyjmował leki zażywane na stałe?

nie  tak

W przypadku odpowiedzi TAK, proszę o wskazanie sposobu przyjmowania leków zażywanych na stałe w trakcie wypoczynku:

samodzielnie przez uczestnika  
 pod nadzorem personelu medycznego wypoczynku\*

(proszę podać nazwę, dawkę leku, dokładne dawkowanie oraz inne istotne informacje, np. tolerancja leku, czy pojawiały się działania niepożądane, itp.)

.....  
.....

\* Leki zażywane na stałe zostają przekazane kierownikowi wypoczynku lub osobie przez niego upoważnionej w dniu rozpoczęcia wypoczynku. **Leki powinny być zapakowane w opakowanie zbiorcze podpisane Imieniem i Nazwiskiem uczestnika wypoczynku.**

g) Numer PESEL uczestnika wypoczynku

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.).
2. Zapoznałem się ze Standardami Ochrony Małoletnich Szkoły Sportu i Rekreacji Fan-Sport i akceptuję ich postanowienia.

.....  
Data

.....  
Podpis opiekuna prawnego

### III. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał w obozie w .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)

---

### IV. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBY PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)

---

### V. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy wypoczynku)