

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: obóz sportowo-przygodowy
2. Termin wycieczki 26.07-01.08.2025 r.
3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki
Pensjonat Orawski Dwór, Zubrzyca Górna 329a, 34-484 Zubrzyca Górna, tel. 500 832 507

.....
(miejsowość, 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 rodziców³⁾
.....
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 CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)