

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

Forma wypoczynku **Zimowe Warsztaty Taneczne - Różanka 2020**

Adres: **OSW Regle, Różanka 14, Międzylesie**

Czas trwania wypoczynku od **10-16.02.2020**

Organizator wypoczynku: **Grupa Artystyczna Maska Wojciech Koguciuk; ul. Jabłoniowa 2; 55-080 Gniechowice; NIP: 899 219 70 26; tel. 501 405 166; mail: maska.wojtek@gmail.com**

---

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka ..... 2. Rozmiar koszulki.....  
3. PESEL ..... 4. Rok urodzenia .....  
4. Imiona i nazwiska rodziców .....  
6. Adres zamieszkania .....  
7. Numer telefonu rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku w czasie trwania wypoczynku .....

---

## III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

..... (data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

---

## IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Proszę podać rok: tężec ....., błonica ....., dur ....., inne .....

..... (data) (podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

---

## VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek .....

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze

względu: .....

..... (data) (podpis organizatora)

---

## VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na Zimowych Warsztatach Tanecznych Różanka 2020

od dnia ..... do dnia ..... 2020 r.

.....(data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

---

## VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu

itp.) .....

.....

### Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

(miejsce, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

---

## IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....

..... (miejsce, data) (podpis wychowawcy-instruktora)

---

## Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka

(zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

..... (data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości **1050 zł** słownie: **jeden tysiąc pięćdziesiąt złotych** zł.

.....(miejsce, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)