KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**
   1. Forma wypoczynku
      * kolonia
      * zimowisko
      * obóz
      * biwak
      * półkolonie
      * ***inna forma wypoczynku KRÓTKOTRWAŁY WYPOCZYNEK DLA DZIECI***

*(proszę podać formę)*

* 1. Termin wypoczynku: **03.02.2025 –05.02.2025**
  2. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

**Szkoła Podstawowa im. Jana Brzechwy w Szklarach Górnych**

**Szklary Górne 48, 59 – 335 Lubin**

............................................................ .........................................................................

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)



INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU **(WYPEŁNIA RODZIC / OPIEKUN PRAWNY)**

**Imię (imiona) i nazwisko**

……………………………………………………………………………………………..………….……………..

Imiona i nazwiska rodziców

……………………………………………………………………………………………………….……………....

………………………………………………………………………………………………………….……………

Rok urodzenia ………………………………………………………………………….………………………

Numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………..………………………..

Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

…………………………………………………………………………………………………………..…………...

……………………………………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku ………………………………………………………….…………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….........

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

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

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)



DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU **(WYPEŁNIA ORGANIZATOR WYPOCZYNKU)**

Postanawia się:

* zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
* odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....................................................................................................................................................................................

..................................... .........................................................................

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał ..................................................................................................................................................

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ......................................... do dnia (dzień, miesiąc, rok) .............................................

..................................... .........................................................................

(data) (podpis kierownika wypoczynku)



INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

............................................................ .........................................................................

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

............................................................ .........................................................................

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)