

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU AMERYKAŃSKI OBÓZ GARY'S CAMP LATO 2024

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Termin i miejsce wypoczynku (podkreśl właściwe)  
08.07. -12.07.2024 Szkoła PSS Niedźwiednik, ul. Pilotów 2, 80-460 Gdańsk, Zaspą  
15.07. - 19.07.2024 Szkoła PSS Niedźwiednik, ul. Pilotów 2, 80-460 Gdańsk, Zaspą

2. Nazwa obozu: **Day Camp**

3. Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym.

.....NIE DOTYCZY.....

4. Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą.

.....NIE DOTYCZY.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko:

..... PESEL .....

3. Imię i nazwisko Matki/ Opiekuna prawnego:

.....tel.:.....

Imię i nazwisko Ojca/Opiekuna prawnego:

..... tel.: .....

adres e-mail rodziców/Opiekunów: 1. .... 2. ....

4. Adres zamieszkania uczestnika: .....

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców/Opiekunów prawnych:

6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku,  
w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności,  
nie dostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

7. Istotne informacje o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym

i stosowanej diecie

A. Czy dziecko jest uczulone? TAK/ NIE (niepotrzebne skreślić)

Alergeny.....

Objawy alergii.....

B. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę lub jest w trakcie  
diagnozowania? TAK / dziecko choruje TAK / dziecko jest diagnozowane  
NIE (niepotrzebne skreślić)

Choroba: .....

Symptomy: .....

C. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? TAK/ NIE (niepotrzebne skreślić)

Kiedy i z jakiego powodu.....

D. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK/ NIE (niepotrzebne skreślić)

Przyczyna.....

Nazwa i dawka leku.....

E. Inne ważne informacje na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i diety dziecka:

F. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie  
książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień): tężec, błonica, inne:  
(zaznacz właściwe)

Książeczka szczepień dostępna do wglądu      Brak książeczki szczepień

.....  
(podpis Rodziców/ Opiekunów)

.....  
(data)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części I, II, III karty  
kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.**

.....  
(podpis Rodziców / Opiekunów)

.....  
(data)

**Wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć (wizerunku dziecka) zrobionych w czasie  
trwania obozu, tylko i wyłącznie na użytek organizatora w celach marketingowych.**

.....  
Podpis Rodziców/ Opiekunów

## III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU

# UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się / właściwie zaznaczyć znakiem

- bez zastrzeżeń
- dodatkowe informacje:

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

Uczestnik przebywał pod adresem wymienionym w punkcie I.1. karty kwalifikacyjnej

- w terminie wymienionym w punkcie I.1. karty kwalifikacyjnej
- w innym terminie (od dnia .....do dnia.....)

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

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

zgodnie z zapisami z zeszytu medycznego prowadzonego dla turnusu

inne.....

.....

.....  
(miejscowość, data) (podpis Kierownika wypoczynku)

.....

.....  
(miejscowość, data) (podpis Wychowawcy wypoczynku)

- | Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- | Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:
- | .....

.....  
data) (podpis Organizatora wypoczynku)

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