

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

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Termin wycieczki (proszę wpisać) .....2024 r.  
Nazwa obozu Senior Camp
2. Adres miejsca wycieczki (podkreśl właściwe):  
Camping "Mała Szwajcaria" ul. Gdańska 19, 83-047 Przywidz  
Ośrodek "Dorota", ul. Fiołkowa 51, 83-050 Czapielsk
3. Trasa wycieczki o charakterze wędrownym  
.....NIE DOTYCZY.....
4. Nazwa kraju w przypadku wycieczki zorganizowanej za granicą:  
.....NIE DOTYCZY .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wycieczki)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko:  
.....
2. Rok urodzenia: ..... PESEL .....
3. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego .....  
Tel: ..... email: .....@.....  
Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego: .....  
tel.: ..... email: .....@.....
4. adres zamieszkania uczestnika:.....
5. adres zamieszkania lub pobytu rodziców/opiekunów prawnych (w czasie obozu):  
.....
6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:  
.....  
.....  
.....
7. Istotne informacje o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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 przeszło 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 matki, ojca lub opiekuna:

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

Postanawia się / właściwe zaznaczyć znakiem

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

Uczestnik przebywał pod adresem wymienionym w punkcie I.2. 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.....  
.....

.....  
(miejsowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

- bez zastrzeżeń  
 dodatkowe informacje:

.....  
(miejsowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

€ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek  
€ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

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