**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: Obóz Narciarski

2. Termin wypoczynku: 12 -19.01.2019 r.

3. Adres wypoczynku: **Ośrodek Wypoczynkowy "Relaks",** ul.Beskidzka 42,

34-312 Międzybrodzie Żywieckie.

Kraków 20.11.2018r. Międzyszkolny Ośrodek Sportowy Kraków Zachód

Plac na Groblach 23, 31-101 Kraków

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko:

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

2. Imiona i nazwiska rodziców:

…………………………………………………………………………………………………………

3. Data urodzenia dziecka : ………………………………………………………………………………………………………….

4. Adres zamieszkania:

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

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców: ………………………………………………………………………………………………………….

6. Numer telefonu rodziców uczestnika wypoczynku:

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

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

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

8.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?)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienia książeczki zdrowia

z aktualnym wpisem szczepień): tężec………………………………, błonica……………………….

dur……………………………, inne ……………………………………………………………….....

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (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 rodziców lub opiekuna prawnego)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Postanawia się:

1. zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek

2. odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:……………………………………

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

………………………… ………………………………………………

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. INFORMACJA KIEROWNIKA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE** …………………………………………………………………………………………….

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

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

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

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

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………. ………………………………………………

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_