

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku¹⁾

- kolonia
 Zimowisko
 obóz
 biwak
 półkolonia
 inna forma wypoczynku

(proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku **29.01.2024-04.02.2024** r.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Dom Wczasowy U Franka ul. Piszczory 19a, 34-500 Zakopane

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym²⁾

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona i nazwiska rodziców

3. Rok urodzenia

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

Data urodzenia:.....

5. Adres zamieszkania

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców³⁾

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

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

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej

Krajowa Rada Izb Rolniczych
ul. Żurawia 24/15
00-515 Warszawa

Krajowa Rada Izb Rolniczych
ul. Żurawia 24/15
00-515 Warszawa

dziecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary) od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):
tężec

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

błonica
.....
inne
.....

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

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

Postanawia się¹⁾:

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

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał

.....
(adres miejsca wypoczynku)

1) Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.