

**5. Informacja kierownika wypoczynku o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania wypoczynku oraz o chorobach przebytych w jego trakcie**

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

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawujący opiekę medyczną)

---

**6. Informacje i spostrzeżenia wychowawcy wypoczynku dotyczące uczestnika wypoczynku**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**



**1. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

- a) Forma .....
- b) Termin wypoczynku.....
- c) Adres wypoczynku, w tym nazwę kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą .....

**2. Informacje dotyczące uczestnika wypoczynku**

- a) Imię (imiona) i nazwisko dziecka.....  
Imiona i nazwiska jego rodziców.....
- b) Data urodzenia dziecka,.....
- c) Adres zamieszkania dziecka.....  
Adres zamieszkania rodziców/opiekunów lub adres ich pobytu, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania.....
- d) Numery telefonów rodziców .....

e) Informację rodzica/opiekuna o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

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

f) Istotne dane o stanie zdrowia, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie uczestnika (np. przebyte choroby, na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU i PRZYMUJĘ NA SIEBIE ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SKUTKI WSZYSTKICH ZNANYCH MI, A NIEUJAWNIONYCH CHOROÓB i URAZÓW DZIECKA JEDNOCZEŚNIE DEKLARUJĄC, ŻE STAN ZDROWIA MOJEGO DZIECKA – UCZESTNIKA UMOŻLIWIA UDZIAŁ W IMPREZIE TURYSTYCZNEJ**

.....  
(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

**INFORMACJA O SZCZEPIENIACH** lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec .....

błonica ....., dur .....,  
inne.....

.....  
(data) (podpis lekarza lub pielęgniarki lub matki, ojca, opiekuna)

**g) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (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 matki, ojca lub opiekuna)

**3. Decyzja organizatora wycieczki o zakwalifikowaniu uczestnika do udziału w wycieczce**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wycieczki
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wycieczki ze względu:

.....  
.....

.....  
(data) (podpis)

**4. Potwierdzenie przez kierownika wycieczki pobytu uczestnika w miejscu wycieczki w terminie, o którym mowa w pkt 1 lit. b, albo informację kierownika wycieczki o skróceniu tego pobytu;**

Dziecko przebywało na .....  
(forma i adres placówki wycieczki)

od dnia ..... do dnia ..... 20..... r.

.....  
(data) (czytelny podpis kierownika placówki wycieczki)