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

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

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

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

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

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

**Oświadczam, że zapoznałem się z kartą uczestnika wypoczynku**

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

## Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej uczestnika w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

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

(miejscowość, data) podpis matki/prawnej opiekunki podpis ojca/prawnego opiekuna

## Z warunkami uczestnictwa i rezygnacji zostałam/em zapoznany i wyrażam na nie zgodę.

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

(miejscowość, data) podpis matki/prawnej opiekunki podpis ojca/prawnego opiekuna

## Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku oraz wyrażam zgodę na ewentualną hospitalizację dziecka lub wszelkie działania ratujące jego życie.

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

(miejscowość, data) podpis matki/prawnej opiekunki podpis ojca/prawnego opiekuna

/pieczęć organizatora/

Stowarzyszenie „Zielony Domek” Wieprzów Tarnawacki 36

22-600 Tomaszów Lubelski

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

# INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

* 1. Forma wypoczynku /właściwe zaznaczyć znakiem „X”/
		+ kolonia  biwak
		+ zimowisko x półkolonia
		+ obóz
		+ inna forma wypoczynku ………………………………………

*(proszę podać formę)*

2 Termin wypoczynku 15–24.07.2023 r.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

**Samorządowe Centrum Kultury w Tyszowcach ul. 3 Maja 36A**

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym -

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą -

Wieprzów Tarnawacki 13-07-2023 *Robert Kuźniarz*

………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

# INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

* 1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka …………………….……………………………………….
	2. Imiona i nazwiska rodziców ………………………………………………………………..

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

* 1. Rok urodzenia (pełna data)…………………………………………………………………
	2. Adres zamieszkania (miejscowość, numer domu, kod pocztowy i poczta)……………………

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

* 1. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (w przypadku uczestnika niepełnosprawnego)

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

* 1. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku ………………………………………
	2. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

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

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

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

* 1. 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 przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień): tężec…………………………………………………………………………………………….. błonica………………………………………………………………………………………….. dur……………………………………………………………………………………………… inne……………………………………………………………………………………………...

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

………………………………………………………………………………………………… oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku:

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

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej**

# DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się/właściwe zaznaczyć znakiem/:

X zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

* + - odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze

względu ..........................................................................................................................................

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

..

 13-07-2023 *Robert Kuźniarz*

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

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

# POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał (adres miejsca wypoczynku) **Samorządowe Centrum Kultury
w Tyszowcach ul. 3 Maja 36A** od dnia/dzień, miesiąc, rok 15-07-2023 do dnia /dzień, miesiąc, rok 24-07-2023

Tyszowce 24-07-2023 *Robert Kuźniarz*

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

# INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

## 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.).**

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

(miejscowość, data) podpis matki/prawnej opiekunki podpis ojca/prawnego opiekuna

 Tyszowce 24-07-2023 *Robert Kuźniarz*

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

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)