

**Karta kwalifikacyjna
uczestnika wypoczynku****I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: kolonia
2. Termin wypoczynku:
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

.....
(Miejscowość, data).....
(Czytelny podpis Organizatora wypoczynku)**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko:
2. Imiona i nazwiska rodziców:
3. Rok urodzenia:
4. Adres zamieszkania:
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców:
6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku:
7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:
8. Choroby przewlekłe lub inne:
ałma, padaczka, choroby reumatyczne, choroby serca, nerek,
inne:
9. Dolegliwości lub objawy które występują ostatnio u dziecka:
omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bezsenność, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne,
inne:
10. Dziecko jest uczulone lub nie może stosować leków (podać nazwę leku, pokarmu itp.)
11. Dziecko przyjmuje stałe leki (podać lek i dawkę):
12. Czy dziecko jest na diecie wegetariańskiej lub innej:

**Karta kwalifikacyjna
uczestnika wypoczynku**

13. Czy dziecko nosi: okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny,
inne:
14. Jak znosi jazdę:
- autokarem: *dobrze/źle*
 - samochodem: *dobrze/źle*
15. Inne ważne informacje o zdrowiu dziecka:
16. *Wyrażamy/nie wyrażamy* zgodę na hospitalizację, leczenie lub zabiegi operacyjne w przypadku nie-
szczęśliwego wypadku naszego dziecka. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego lecze-
nie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.
17. Oświadczam, że dziecko: *umie/nie umie* pływać.
18. *Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na korzystanie z basenu.
19. Informacje o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia
z aktualnym wpisem szczepień):
- tężec:
 - błonica:
 - dur:
 - inne:

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Postanawia się*:

- ☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- ☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

* Właściwe zaznaczyć znakiem „x”

.....
(Data, czytelny podpis Organizatora wypoczynku)

**Karta kwalifikacyjna
uczestnika wypoczynku****IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU
POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał
(Adres miejsca wypoczynku)
od dnia do dnia

(Miejscowość, data)

(Data, czytelny podpis Kierownika wypoczynku)

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

(Miejscowość, data)

(Data, czytelny podpis Kierownika wypoczynku)

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

(Miejscowość, data)

(Data, czytelny podpis Wychowawcy wypoczynku)