

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

**Organizator: Krajowe Stowarzyszenie Pomocy Szkole  
00-061 Warszawa, ul. Marszałkowska 140**

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku : turnus rekreacyjno-wypoczynkowy
2. Termin wypoczynku : 16.07 – 24.07.2023
3. Adres wypoczynku : Ośrodek Wypoczynkowy „Słowiniec”, 84-360 Łeba,  
ul. Nadmorska 19

(miejsceowość, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko .....
  2. Imiona i nazwiska rodziców.....
  3. Data 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. 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 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/pełnoletniego 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 .....

(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 WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

.....  
.....

(miejscowość, data)

(podpis kierownika wypoczynku)

---

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

.....  
.....

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy wypoczynku)