**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA DOTYCZĄCA WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: obóz pływacki

2. Termin wypoczynku: **20.02.2023-25.02.2023**

3. Adres wypoczynku:

 **OW Orion A, 57-350 Kudowa Zdrój, ul. Jana Pawła II/2, tel.** [**74 866 12 56**](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=oriona%20kudowa&tbs=lf:1,lf_ui:2&tbm=lcl&rflfq=1&num=10&rldimm=8841240342004941818&lqi=Cg1vcmlvbmEga3Vkb3dhSIOruNXlgICACFoVEAAYABgBIg1vcmlvbmEga3Vkb3dhkgEMcmVzb3J0X2hvdGVsqgEOEAEqCiIGb3Jpb25hKAs&ved=2ahUKEwiezPmigf78AhXuhf0HHeH3CB8QvS56BAgREAE&sa=X&rlst=f)

 Oława, 12.01.2023

 ………………………….. ………………………………………………

 miejscowość data podpis organizatora wypoczynku

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko .............................................................................................................................

2. Imiona i nazwiska rodziców ……………………………………………………………………..………………………………

3. Data urodzenia..............................................................................................................................

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

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

5. Adres zamieszkania .......................................................................................................................

Nie dotyczy

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców ………………...………………………………………………………………

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez 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)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

tężec ………………………………………………………………………………………………

błonica …………………………………………………………………………………………….

dur ………………………………………………………………………………………………..

inne …………………………………………………………………………………..…………….

**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.).**

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

 (miejscowość, data) podpis rodziców

**Uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie karty kwalifikacyjnej, ponieważ informacje w niej zawarte mogą mieć wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo uczestnika w trakcie trwania imprezy.**

**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 ..........................................................................................................................

Willa Alfa, 57-350 Kudowa Zdrój, ul. Słoneczna 12a
............................................................................................................................................................

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ................................ do dnia (dzień, miesiąc, rok) ...............................

…………………..………… ……………….……………………………..

 (data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

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

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

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

…………………..………… ……………….……………………………..

 (data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

(dane o zachorowaniach, ewentualnych urazach, leczeniu itp.)

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

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

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

 …………………..………… ……………….……………………………..

 (data) (podpis organizatora wypoczynku)