

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU AKCJA LATO 2025

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU- wypełnia organizator

1. Forma wypoczynku

Półkolonie AKCJA LATO 2025

2. Termin wypoczynku

Turnus II- 07.07.2025r.- 11.07.2025r.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

SZKOŁA PODSTOWAWA NR 8 w GAŃSKU ul. DRAGANA 2,

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU- wypełnia rodzic/opiekun

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

Matka-

Ojciec-

3. Rok urodzenia uczestnika wypoczynku

.....

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

5. Adres zamieszkania

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców¹⁾

.....

7. Klasa, do której uczęszcza uczestnik wypoczynku

8. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

9. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

10. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe 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):

tęzec

błonica

inne

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się¹⁾:

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 CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

¹⁾ W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

INFORMACJE DODATKOWE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU- wypełnia rodzic/opiekun

Zgoda na udostępnienie wizerunku

Wyrażam/ nie wyrażam* zgodę na nieodpłatne utrwalenie wizerunku mojego dziecka w formie fotografii i filmu w trakcie każdego dnia pólkolonii oraz jego rozpowszechniania na potrzeby informacyjne

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

Zgoda na samodzielny powrót

Wyrażam/ nie wyrażam* zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka.....po zajęciach do domu
i biorę za niego całkowitą odpowiedzialność, od godziny.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

Upoważniam do odbioru

Upoważniam do odbioru mojego syna/ córki *..... następujące osoby (należy podać
imię i nazwisko osoby oraz nr dokumentu)

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

Preferencje

Proszę o zakwalifikowanie mojego dziecka do grupy pólkolonijnej z następującymi osobami (maksymalnie można wpisać dwie osoby):

1. kl.

2. kl.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)
