



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA AKCJI „ WAKACJE BLISKO DOMU 2018ö

Imię i nazwisko Uczestnika: í .

CZ I ó Póćolonie w Szkoćach

Prosz zaznaczy placówk :

Szkoć Podstawowa w Gliniance

Szkoć Podstawowa w Malcanowie

Szkoć Podstawowa w Wi zownie

Szkoć Podstawowa w Zakr cie

Prosz wybra turnus:

TURNUS I: 25 ó 29 CZERWCA

TURNUS II: 2 ó 6 LIPCA

TURNUS III: 9 -13 LIPCA

TURNUS IV: 16 -20 LIPCA

TURNUS V: 23 ó 27 LIPCA

(Mo na zgćszach uczestnictwa w dowolnej liczbie turnusów)

ZG/ ASZAM POBYT UCZESTNIKA W GODZINACH ó

(MAKSYMALNA D/ UGO POBYTU 7:30 ó 17:00)

UCZESTNIK KORZYSTA Z POSI/ KU TAK NIE

POWRÓT UCZESTNIKA DO DOMU:

1. Samodzielnie wraca do domu TAK NIE

2. B dzie odbierany przez (prosz wpisa imię i nazwisko i numer telefonu):

a) í tel. í

b) í tel. í

W przypadku zgćszenia uczestnika do udziału w póćoloniach organizowanych w Szkoćach Cz I karty nale y zgćy w odpowiedniej placówce.

CZ III INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

oraz numer PESEL uczestnika wycieczki

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

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

3. Rok urodzenia, klasa, nr, legitymacji szkolnej

4. Nazwa i adres szkoły

5. Adres zamieszkania

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

7. Numer telefonu rodziców lub opiekuna w czasie trwania wycieczki

.....

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

.....

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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)

.....

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

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.) oraz wyrażam zgodę na realizację obowiązku informacyjnego organizatora wycieczki poprzez sporządzenie relacji z wycieczki zawierającej zdjęcia uczestników wycieczki, a także danych dziecka do celów statystycznych.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Cz IV ó wypeia Organizator wypoczynku

DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIA/ U W WYPOCZYNKU

Postanawia si
zakwalifikowa i skierowa uczestnika na wypoczynek
odmówi skierowania uczestnika na wypoczynek ze wzgl du

.....
.....

.....
(data) (podpis organizatora wypoczynku)

POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywa€.....
(adres miejsca wypoczynku)
od dnia (dzie , miesi c, rok) do dnia (dzie , miesi c, rok)

.....
(data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

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

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

.....
(miejscowo , data) (podpis kierownika wypoczynku)

INFORMACJE I SPOSTRZE ENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZ CE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowo , data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

