



KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki : Obóz piłkarsko-szkoleniowy
2. Termin wycieczki 26.06 – 07.07.2024
3. Adres wycieczki: Hotel Łęczeczki s.c. - ŁĘŻECZKI
Łęczeczki 1, 64 – 412 Chrzypsko Wielkie

Skoczów, 05.04.2024

(miejsce, data)

.....

(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

3. Rok urodzenia

.....

4. Numer PESEL uczestnika wycieczki

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

5. Adres zamieszkania

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

.....

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, 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 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

inne.....
.....
.....

.....
.....
(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 w Hotel Łęczeczki s.c. - ŁĘŻECZKI
Łęczeczki 1, 64 – 412 Chrzypsko Wielkie

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 CHOROBY PRZEBYTYCH
W JEGO TRAKCIE**

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

**VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY
WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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