**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I.** **Informacje dotyczące wypoczynku**

1. Forma wypoczynku1):

🞎 kolonia 🞎 zimowisko 🞎 obóz 🞎 biwak x półkolonia 🞎 inna forma wypoczynku (proszę podać formę) …………………….…………..

2. Termin wypoczynku: 🞎 05 – 09 lipca 2021 r. 🞎 23– 27 sierpnia 2021 r. (proszę wybrać termin)

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku 64-100 Leszno, ul. Geodetów 1

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym2) ………………………………..………..…………………..…………………………………………………………………………

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą ……….…………………………….………………………………………………………………..…..…

Leszno,25.05.2021 …………………………………………………………………………………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

**II.** **Informacje dotyczące uczestnika wypoczynku**

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika ………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..

2. Imiona i nazwiska rodziców/opiekuna ………………………………………………….…………………………………..……………………………………………………...

3. Rok urodzenia: **\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_**

4. Adres zamieszkania uczestnika …………………..……...……………………………………………………………………………………...

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

6. Numer telefonu rodziców/opiekuna lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku: tel. stacjonarny: ……………………….………..…..… tel. komórkowy: ………..……….…………….

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) ……………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

tężec ................................... błonica ............................................

dur ...................................... inne: ................................................

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

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 2015r. poz. 2135, z późn.zm.)).**

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

(miejscowość, data) (podpis rodziców / opiekunów lub 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 64-100 Leszno, ul. Geodetów 1

(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 chorobach przebytych w jego trakcie**

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

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

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

**VI. Informacje i spostrzeżenia wychowawcy wypoczynku dotyczące uczestnika wypoczynku**

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

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na udział mojej/mojego córki/syna ............................................................................ ur. ................................................................, zam. ................................................................................................ w półkoloniach organizowanych w terminie ………………………………………………….r. w Inkubatorze Przedsiębiorczości w Lesznie.

**Dziecko na zajęcia a także po nich będzie wracało samodzielnie / będę odbierać je osobiście (właściwe podkreślić).**

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka oraz jego wizerunku w związku z udziałem w półkoloniach organizowanych w Inkubatorze Przedsiębiorczości w Lesznie

Oświadczam, że zapoznałam/-em się i akceptuje warunki regulaminu wydarzenia.

……………………….…………………………  
podpis rodzica/opiekuna