Karta

kwalifikacyjna uczestnika wypoczynku

I. Informacje dotyczące wypoczynku:

3. Ośrodek Żeglarstwa i Turystyki Wodnej

CAMPPISZ

12-200 Pisz, al. Turystów 11

tel./fax. 87-423-04-59

e-mail: info@camp.com.pl

www.camp.com.pl

nazwa imprezy:

1. forma wypoczynku[1]:

kolonia	zimowisko	obóz	biwak	półkolonia	inne
☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. termin:

trasa wypoczynku[2]:

..... (miejscowość, data)

…….. (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

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

……

3. Rok urodzenia ……..……..……

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

5. Adres zamieszkania …..……..……

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców[3] ……..……

……

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

[1] Właściwe zaznaczyć znakiem „X”

[2] W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym. Wypełnia organizator.

[3] W przypadku uczestnika niepełnoletniego

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

…….

……
……
……

9. 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)

…….....
.....
.....
.....

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

tężec …….
błonica …… ……
inne……
……..…

..... ……..
(miejscowość, data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się [4]:

☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu
.....
.....

..... ……..
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

[4] Właściwe zaznaczyć znakiem „X”

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał w Ośrodek Żeglarstwa i Turystyki Wodnej Camp Pisz, Aleja Turystów 11, 12-200 Pisz.

(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 SPOTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

..... (miejscowość, data)

…….. (podpis wychowawcy wypoczynku)

……
/imię i nazwisko rodzica /opiekuna/

……
/adres/

……
/telefon/

ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO) NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia mojego syna/córki (podopiecznego/-ej)
…….....,
PESEL ……..,
przebywającego(ej) \na obozie …….. ,
w terminie: ……..,
wyrażam zgodę *

- na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
- na podawanie przez kadrę obozu leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka na obozie.

…….. ……
data podpis rodzica (opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić

CAMPISZ