## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## SMS CHROBRY GŁOGÓW

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku1)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Obóz |

2. Termin wypoczynku **: 19.01.2024- 27.01.2024**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

**HOTEL SAMBA, LLORET DE MAR , Carrer de Francesc Cambo 10,**

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym2)

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

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

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą HISZPANIA

 GŁOGÓW 19.01.2024 .....................................................

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

## INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

* 1. Imię (imiona) i nazwisko

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

* 1. Imiona i nazwiska rodziców

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

………………………………………………………………………………………………………….…………… 3. Rok urodzenia ………………………………………………………………………….……………………….

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

5. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………..………………………..

1. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców3)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. 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)

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

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

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

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)

## 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

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

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

 19.01.2024 .........................................................................

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

## POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał w HOTEL SAMBA LLORET DE MAR

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) 19.01.2024 do dnia (dzień, miesiąc, rok) 27.01.2024

 27.01.2024 ..............................................................

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

## INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA

**WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

GŁOGÓW 27.01.2024 ..............................................................

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

## INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU

**UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

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

 GŁOGÓW 27.01.2024

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)