



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki - PÓŁKOLONIA ZIMOWA
2. Termin wycieczki - **13.02.2023 – 17.02.2023** , godz. **7.00 – 17.00**
3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki: Centrum Mistrzostwa Sportowego, ul. Mazurska 40, 70-424 Szczecin

.....  
(miejsce, data)

.....  
podpis organizatora wycieczki (pieczęć placówki)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (wypełniamy drukowanymi literami)

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka.....
2. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów prawnych).....
3. Data urodzenia .....
4. Numer PESEL uczestnika wycieczki:.....
5. Adres zamieszkania dziecka .....
6. Adres zamieszkania rodziców (opiekunów prawnych).....
7. Numer telefonu rodziców (opiekunów prawnych) 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 kserokopii książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):  
tężec .....błonica .....
- inne .....

.....  
(data)

.....  
podpis rodziców/ (opiekunów prawnych)  
uczestnika wycieczki

-----  
**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 na półkolonii organizowanej przez Centrum Mistrzostwa Sportowego, ul. Mazurska 40, 70-424 Szczecin od dnia (dzień, miesiąc, rok) ..... do dnia (dzień, miesiąc, rok)..... w godzinach 7.00 – 17.00.

.....

(data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

-----  
**V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

-----  
**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wychowawcy wypoczynku)