

VI. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał

ul. Nadmorska 69. 76-034 Sarbinowo

od dnia (dzień, miesiąc, rok) **03.07.2017r.**

do dnia (dzień, miesiąc, rok) **16.07.2017r.**

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VII. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOT. UCZESTNIKA

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)



**PRZEDSIĘBIORSTWO TURYSTYCZNE
„GLOB”
Sp. z o.o.
ul. Kajki 7/19,10 – 546 Olsztyn
NIP 739-020-13-06**

tel. +48 89 / 527 20 04
fax. +48 89 / 527 23 28

e-mail: glob11@wp.pl,
www.globolsztyn.pl

**KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: **kolonia**
2. Termin wypoczynku: **03-16.07.2017 r.**
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku, nazwa kraju
ul. Nadmorska 69. 76-034 Sarbinowo , Polska

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

3. Rok urodzenia

4. Numer PESEL

5. Adres zamieszkania

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

7. Numer telefonu rodziców/opiekunów

Mama

Tata

III. INFORMACJA RODZICA/OPIEKUNA O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Czy dziecko jest uczulone ?- jeśli tak – na co (rodzaj leku, pokarmu)
.....

Jak znosi jazdę samochodem ?

Czy przyjmuje leki na stałe? (nazwy stosowanych insulin, informacja czy pompa, czy peny?) [informacja o dawkowaniu insulin w oddzielnym załączniku]
.....
.....

Inne ważne informacje (okulary, aparat ortodontyczny, inne?)
.....

Czy u dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie : drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste szybkie męczenie się, jąkanie, niedosłuch i inne.
Czy dziecko jest: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe?
.....

Dodatkowe informacje dotyczące zachowania i występujących trudności u dziecka, które mogą być pomocne dla wychowawców.
.....
.....
.....

W przypadku gorączki podaję

Dodatkowe choroby (poza cukrzycą):

Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki.
.....
.....

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Tężec

Błonica

Dur

Inne

STWIERDZAM, ZE PODAŁEM/AM WSZYSTKIE INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI NA KOŁONII/OBOZIE.

.....
(data) (podpis rodziców/opiekunów)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

.....
(data) (podpis rodziców/opiekunów)

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

Postanawia się :

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę
- odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....
.....
.....
(data) (podpis organizatora wycieczki)