

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: Obóz Rekreacyjno-Sportowy
2. Adres placówki: Stare Bystre 347, 34-407 Stare Bystre
3. Czas trwania: od 27.06.2026r do 06.07.2026r

Mikołów 2026.02.12

(miejscowość, data)

(podpis organizatora
wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka

.....

2. Data ur.

Pesel

3. Adres zamieszkania

.....
.....

4. Nazwa i adres szkoły

.....
.....klasa

5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku :

.....

TELEFON

TELEFON

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości 2250 zł słownie: dwa tysiące dwieście pięćdziesiąt złotych 00/100

.....
(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE
O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI
W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....
(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZAWARTYCH W KARCIE KWALIFIKACYJNEJ W ZAKRESIE NIEZBĘDNYM DLA BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY ZDROWIA DZIECKA.

.....
(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

V. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub ksero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec,
błonica, dur,
inne

.....
(data) (podpis lekarza, matki, ojca
lub opiekuna)

VI. DANE RODZICA (OPIEKUNA) STARAJĄCEGO SIĘ O ODPOWIEDNIE ZAŚWIADCZENIE (POTWIERDZENIE POBYTU) I NOTĘ KSIĘGOWĄ DO ZAKŁADU PRACY

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES

.....

.....

.....

.....

.....

VIII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

IX. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

.....
 (data) (czytelny podpis kierownika
 placówki wypoczynku)

.....

.....

.....

..... (miejscowość, data)	 (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)
------------------------------	---

[illegible]

XI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU
POD CZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU