

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE DOT. WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku :
2. Termin wypoczynku:
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku :

4. Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą

.....

(data i miejsce)

( podpis organizatora wypoczynku)

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko Pesel

.....

2. Adres zamieszkania

.....

3. Rok urodzenia

.....

4. Imiona i nazwiska rodziców

.....

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców :

.....

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

.....

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

.....

7. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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)

.....

oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie

książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec ..... błonica ..... dur .....

inne .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (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/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

### II. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się

1)zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek/odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....

(data)

(podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał

.....

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ..... do dnia (dzień, miesiąc, rok) .....

(data)

(podpis kierownika wypoczynku)

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

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis kierownika wypoczynku)

### V. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy wypoczynku)

**V. DOTYCZY UCZESTNIKÓW, KTÓRZY W TRAKCIE OBOZU PRZYJMOWAĆ BĘDĄ LEKI** (dotyczy to wszystkich leków przyjmowanych na stałe, jak i doraźnie, np: chorób przewlekłych, alergii, ale także witamin, suplementów diety, leków na przeziębienie i innych).

Ze względu na otrzymane w dniu 18 sierpnia 2016 roku zalecenia Ministerstwa Zdrowia: Rodzice, którzy chcieliby, aby dziecko przyjmowało leki w trakcie trwania obozu zobowiązani są przedłożyć organizatorowi wypoczynku zaświadczenie lekarskie zawierające następujące informacje:

**BARDZO PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA-ZLECENIA LEKARSKIEGO** (wypełnia lekarz)

Rozpoznanie choroby:.....  
Postępowanie z dzieckiem i konieczność realizacji wskazanych stałych zleceń w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:.....  
.....  
Postępowanie w razie nasilenia objawów choroby:.....  
.....  
Ewentualne ograniczenia i zalecenia dotyczące udziału dziecka w aktywnych zajęciach sportowych.....  
.....  
Nazwa leku.....  
.....  
Sposób i ilość dawkowania leku.....  
.....  
.....

.....  
Data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

W sytuacji, gdy rodzic/opiekun prawny przekazuje wychowawcy lub kierownikowi (na podstawie zlecenia lekarskiego) leki, które mają być podawane dziecku musi każdy lek opisać imieniem i nazwiskiem dziecka. Leki muszą znajdować się w oryginalnych opakowaniach.

Dziecko nie może samo przyjmować żadnych leków. Dotyczy to zarówno wszelkich leków, jak i suplementów diety!

VI. Wyrażam zgodę na zastosowanie ogólnodostępnych leków np. leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwbiegunkowe, odkażające bandaże i opatrunki, maści itp.

VII. Wyrażam zgodę na dokonanie przeglądu czystości skóry głowy dziecka i w razie konieczności na zastosowanie dostępnych w aptekach preparatów likwidujących pasożyty.

VIII. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

**OŚWIADCZAM, ŻE PODAŁAM/EM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA, MOŻLIWYCH ZACHOWAŃ ORAZ PROBLEMÓW WYCHOWAWCZYCH DZIECKA, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI PODCZAS WYPOCZYNKU.**

W przypadku konieczności sprawowania stałej i nadmiarowej opieki nad dzieckiem z powodu zachorowania, bądź konieczności umieszczenia go w szpitalu lub w sytuacji skrajnej, przejawiającej się trudnościami wychowawczymi uniemożliwiającymi bezpieczny pobyt dziecka lub współuczestników wyjazdu, zobowiązuję się do przejęcia opieki nad dzieckiem w ciągu 24 godzin. W przypadku braku możliwości odbioru dziecka we wskazanym terminie oświadczam, że poniosę dodatkowe i uzasadnione koszty opieki nad dzieckiem, które wskaże mi Organizator.

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

Jednocześnie Organizator zapewnia, że dołoży wszelkich starań, aby dziecko jak najlepiej zaaklimatyzowało się podczas imprezy, aby bezpiecznie i komfortowo czuło się w grupie rówieśniczej. Ponadto Organizator w sytuacjach trudnych wychowawczo lub w przypadku kłopotów ze zdrowiem, zawsze pozostaje w kontakcie telefonicznym z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka.