

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

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis kierownika wycieczki)

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

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis kierownika wycieczki)

**K A R T A K W A L I F I K A C Y J N A  
U C Z E S T N I K A W Y P O C Z Y N K U**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

- 1. Forma wycieczki : KOLONIA
- 2. Termin wycieczki: 13 - 26.08.2017 r.
- 3. Adres wycieczki: **DW Harnaś II  
ul. Nędzy Kubińca 105a,  
34-511 Kościelisko**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora wycieczki)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

- 1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka  
.....
- 2. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów, telefon oraz nr PESEL

	imię i nazwisko	Tel.kontaktowy	Numer PESEL
Ojciec			
Matka			

- 3. Data urodzenia uczestnika  
.....
- 4. Adres zamieszkania  
.....  
.....
- 5. Nazwa i adres szkoły  
.....  
..... klasa.....
- 6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (opiekunów):.....  
.....
- 7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, 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 dziecka uczestnika wycieczki, 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).

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

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec.....  
błonica.....  
dur.....  
inne.....

Nr PESEL uczestnika wycieczki.....

Oświadczam, iż jestem rodzicem/prawnym opiekunem uczestnika wycieczki. Stwierdzam, że podałem/łam wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wycieczki. Jednocześnie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka przez ZZRIOW Regiony oraz FSUSR w celu realizacji wycieczki letniej i rozliczenia dofinansowania przyznanego na zorganizowanie wycieczki letniej w ramach promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej przez Fundusz Składowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników.\*

..... (data) ..... (podpis rodziców/prawnych opiekunów)\*

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

Postanawia się:

Zakwalifikować i skierować dziecko na wycieczkę.  
Odmówić skierowania dziecka na placówkę wycieczki ze względu:

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

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

**IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

uczestnik przebywał.....  
..... (adres miejsca wycieczki)

od dnia .....do dnia .....2017 r.

..... (data) ..... (czytelny podpis kierownika wycieczki)