

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki<sup>1)</sup>:

wycieczki **OBÓZ**

(proszę podać formę)

2. Termin wycieczki **22.06 – 05.07.2024r.**

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki

**Ośrodek Wczasowo – kolonijny „ Barka „ ul. Bałtycka 67 Jarosławiec**

Trasa wycieczki o charakterze wędrownym<sup>2)</sup>

**SZKOLENIOWO - WYPOCZYNKOWY**

Nazwa kraju w przypadku wycieczki organizowanej za granicą **POLSKA**

## OPINIA JEDNOSTKI OSP

Druh/druhna \_\_\_\_\_ jest

członkiem/członkinią Młodzieżowej Drużyny Pożarniczej OSP w

.....

powiat.....gmina.....i posiada wykształcenie

.....

(Miejscowość, data)

(Podpis Prezesa OSP)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

3. PESEL.....data ur.....

4. Adres zamieszkania

.....

5. Adres zamieszkania lub pobytu

rodziców.....

.....

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki .....

7. 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 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)

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

Postanawia się<sup>1)</sup>:

- 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

.....  
(adres miejsca wypoczynku)

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

.....  
(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

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

.....  
(miejsowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

### WARUNKI UCZESTNICTWA W WYPOCZYNKU

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminów obowiązujących w czasie wypoczynku , poleceń wychowawców, instruktorów oraz zarządzeń komendanta. W przypadku poważnego naruszenia regulaminów, uczestnik zostanie wydalony z placówki wypoczynku na koszt rodziców ( opiekunów ).
2. Uczestnik zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich imprezach, wycieczkach organizowanych przez wychowawców i stosować się do ich poleceń.
3. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy zniszczone, uszkodzone :sprzęt elektroniczny ( tel komórkowe, itp. ) rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestników podczas pobytu.
4. W przypadku stałych schorzeń wymagających systematycznego zażywania leków – uczestnik obowiązany jest do posiadania własnych.
5. Uczestnik za pośrednictwem rodziców ( opiekunów ) ponosi odpowiedzialność materialną za wyrządzone szkody w miejscu pobytu.
6. Oświadczam, że zapoznałem (łam ) moje dziecko z w/w warunkami uczestnictwa.
7. Swoim podpisem akceptuję obowiązujące zasady. Podałem (łam ) wszystkie istotne informacje o stanie zdrowia mojego dziecka.
8. W razie konieczności wyrażam zgodę na wydanie przez pielęgniarkę i wychowawców leków objawowych, leków przywiezionych z domu rodzinnego oraz zaleconych przez lekarza.
9. W razie zagrożeń życia lub zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne , zabiegi diagnostyczne , operacje.
10. Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez OW ZOSP RP w Katowicach wizerunku mojego dziecka w ramach działalności statutowej Związku.

\_\_\_\_\_  
(Miejscowość, data)  
opiekuna)

\_\_\_\_\_  
(Podpis ojca, matki lub