KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku : obóz sportowy

2. Termin wypoczynku : 20.07.2025-30.07.2025

3. Adres wypoczynku/miejsce lokalizacji wypoczynku : SP im. Jana Pawła II w Lipce (powiat złotowski)

Łódź, 27.01.25 r.
(miejscowość, data)

KLUB SPORTOWY
FREEDOM OF MOVEMENT
ul. Wacława 15/4, 93-149 Łódź
NIP: 7282882769
REGON: 527987797
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych

.....

.....

3. Rok urodzenia .....

4. Numer PESEL .....

5. Adres zamieszkania

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców/opiekunów prawnych

.....

.....

7. Numery telefonów rodziców/opiekunów prawnych w czasie trwania wypoczynku

.....

.....

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

.....

.....

.....

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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)

.....

.....

.....

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

tężec .....

błonica .....

inne .....

.....

....

(data) (podpis rodziców/opiekunów prawnych uczestnika)

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

Postanawia się

☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu na:

.....

.....

KLUB SPORTOWY
FREEDOM OF MOVEMENT
ul. Wacława 15/4, 93-119 Łódź
NIP: 7282882769
REGON: 527987797

....

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał w (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 CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....

.....

.....

....

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

....

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)