KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

Obozów KSM dofinansowanych przez Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników – LATO 2021

I INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU:

Organizator Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży Diecezji Drohiczyńskiej

- !!! Prosimy zaznaczyć właściwy turnus „X” !!! –

RODZAJ WYPOCZYNKU	MIEJSCE	TERMIN	WIEK	KOSZT	X
Obóz formacyjno - rekreacyjny	BROK	28.06 – 06.07	14 - 16 lat	300 zł*	
		19.07 – 27.07	7 – 9 lat	300 zł*	
		31.07 – 08.08	10 – 13 lat	300 zł*	
	MURZASICHE	28.06-06.07	10 – 13 lat	300 zł**	
		07.07-15.07	14- 16 lat	300 zł**	
		16.07-24.07	10 - 13 lat	300 zł**	
		25.07-02.08	14 – 16 lat	300 zł**	
	DROHICZYN	28.07 – 05.08	7 – 13 lat	300 zł*	

II INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika:

……

2. Imiona i nazwiska rodziców:

……

…….……

3.Data urodzenia uczestnika:

……..

4. Adres zamieszkania uczestnika:

……

……

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców podczas trwania wypoczynku:

……

……

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

……..……

……

7. Informacje o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

……

……

……

……

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosownej 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). W przypadku występowania u uczestnika chorób przewlekłych konieczne jest opinii lekarskiej o braku przeciwskazań zdrowotnych do udziału w wypoczynku:

……

……

……

……

……

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

tężec……

błonica……

dur……

inne……

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku

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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000.)

…… ……
(miejscowość, data) (podpis rodziców/prawnych opiekunów)

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

……
……...……

…….. ……..
(miejscowość, 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) ……..

…… ……..
(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

V INFORMACJE KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE:

……
……...……
……...……

…… ……
(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

……
……...……
……...……
……
……
……
……

…… ……
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)