



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA
Obozów KSM
przy współpracy z Orły z Podlasia Sp. z o. o.
LATO 2021

I INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU:

Organizator Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży Diecezji Drohiczyńskiej

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

| TERMIN | MIEJSCE | RODZAJ WYPOCZYNKU | WIEK | KOSZT | X |
|---------------------|-------------|-----------------------|-----------|----------|---|
| 31.07-06.08.2021r | BROK | Wakacje z Wartościami | 8-14 lat | 999 zł | |
| 15.07-21.07.2021 r. | MURZASICHLE | | 10-16 lat | 1 399 zł | |
| 17.08-23.08.2021 r. | | | 10-16 lat | 1 399 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):

.....

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

tężec

blonica

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

.....
.....

.....
(miejsowość, 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)

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)