



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA
Obozów KSM dofinansowanych przez Fundusz Składkowy
Ubezpieczenia Społecznego Rolników – LATO 2020



I INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU:

Organizator Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży Diecezji Drohiczyńskiej

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

RODZAJ WYPOCZYNKU	MIEJSCE	TERMIN	KOSZT	ZAZNACZ
Obóz formacyjno - rekreacyjny	BROK	01.07 – 10.07	200 zł*	
		21.07 – 30.07	200 zł*	
		01.08 – 10.08	200 zł*	
		11.08 – 20.08	200 zł*	
	DROHICZYN	02.07 – 11.07	200 zł*	
		18.07 – 27.07	200 zł*	
		30.07 – 08.08	200 zł*	
		12.08 – 21.08	200 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 przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w wypoczynku:

.....

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

.....
.....

.....
.....
(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 CHOROBY PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE:**

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

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

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

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

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