

# KARTA UCZESTNIKA OBOZU

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU.

\*właściwy zaznaczyć znakiem X

| nazwa |                                               | termin           | miejsce                                                                    |
|-------|-----------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------|
|       | Letnia Szkoła Karate w Chomiąży Szlacheckiej. | 28.06-03.07.2025 | Ośrodek Wczasowy ROMA<br>Chomiąża Szlachecka 8, Gąsawa 88-410.             |
|       | Młodzieżowy Obóz Letni w Sztutowie.           | 06-15.07.2025    | Ośrodek Kolonijno – Wypoczynkowy ALGA<br>ul. Gdańska 47a, Sztutowo 82-110. |

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU.

1. Imię (imiona) i nazwisko .....

2. Imiona i nazwiska rodziców .....

3. Data urodzenia .....oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4. Adres zamieszkania .....

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców: .....

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

7. Informacja 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 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)

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

tężec .....

błonica .....

9. Uczestnik obozu jest zdrowy i w dniu wyjazdu, nie ma infekcji oraz objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną. Uczestnik obozu nie zamieszkiwał z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miał kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przed rozpoczęciem wypoczynku.

10. 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

- 1) zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- 2) 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 (DD.MM.RRRR) ..... Do dnia (DD.MM.RRRR) .....

.....  
(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.**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy wypoczynku)