

Fundacja Byłych Żołnierzy Wojsk Specjalnych PRO PATRIA

Adres: 40-127 Katowice, Plac Grunwaldzki 8-10/18

www.fundacijapropatria.pl, biuro@fundacijapropatria.pl, tel. 530 530 774, 530 530 374

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: Militarny Obóz Komandosów/Obóz Aktywna Przygoda/ Obóz ASG z Żołnierzami/ Obóz Paintball
2. Termin wycieczki:
3. Adres wycieczki: Harcerska Baza Obozowa w Przerwankach, Przerwanki 11-610 Pozezdrze lub Harcerska Baza Obozowa w Kostkowicach ul. Wierzbowa 112, 42-425 Kostkowiec

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Imiona i nazwiska rodziców
3. Rok urodzenia
4. Adres zamieszkania
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców
6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki
7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym
8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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)
- o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):
tężec
- blonica
- dur
- inne
- numer PESEL uczestnika wycieczki:
- wzrost i waga.....
9. Inne istotne informacje rodziców/opiekunów na temat dziecka:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (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 wycieczki)

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

Postanawia się: zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę/odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....

Fundacja Byłych Żołnierzy Wojsk Specjalnych PRO PATRIA

Adres: 40-127 Katowice, Plac Grunwaldzki 8-10/18

www.fundacijapropatria.pl, biuro@fundacijapropatria.pl, tel. 530 530 774, 530 530 374

.....
(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)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA 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)

VII. Zezwalam / Nie zezwalam na podanie leków, zawierających takie substancje czynne, jak: paracetamol, ibuprofen, cetyryzyna, dimetynden, wapno, drotaweryna, alkohol 2,4-dichlorobenzylowy z amyloetakrezolem, salicylan choliny, octanowinian glinu z kwasem borowym, w razie wystąpienia nagłych dolegliwości.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/ opiekuna)

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego/jej syna/córki w obozie. Oświadczam, że moje dziecko nie posiada przeciwwskazań lekarskich do uczestnictwa w zajęciach na obozie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/ opiekuna)