

# Fundacja Byłych Żołnierzy Wojsk Specjalnych PRO PATRIA

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

[www.fundacijapropatria.pl](http://www.fundacijapropatria.pl), [biuro@fundacijapropatria.pl](mailto: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 ASG z Żołnierzami Wojsk Specjalnych/Obóz Aktywna Przygoda

2. Termin wycieczki: .....

3. Adres wycieczki:

Harcerska Baza Obozowa ZHP Zawiercie w Kostkowicach ul. Wierzbowa 112, 42-425 Kostkowice lub

Harcerska Baza Obozowa ZHP Kokotek Leśnica, Osiedle Piłka, 42-700 Lubliniec lub

Baza Obozowa Hufca ZHP Przasnysz w Kątach Rybackich, gmina Sztutowo, Mierzeja Wiślana

### 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 .....

błonica .....

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](http://www.fundacijapropatria.pl), [biuro@fundacijapropatria.pl](mailto: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 CHOROBYCH 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, dimetyyden, 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)