

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: stacjonarny **obóz** harcerski w Kostkowicach
2. Adres: ul. Wierzbowa 112, 42-425 Kostkowice
3. Czas trwania wypoczynku od 27/07/2026 do 09/08/2026

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis organizatora placówki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Imiona i nazwiska rodziców.....
3. Data urodzenia
4. Numer PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
5. Adres zamieszkania
6. Adres opiekunów prawnych w czasie pobytu dziecka na wypoczynku:
.....
7. Numer telefonu rodziców

8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, zaburzeń neurologicznym, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym*

.....

.....

.....

.....

.....

*jeśli tak – wraz z kartą kwalifikacyjną należy dostarczyć kopię opinii z poradni psychologiczno-pedagogicznej

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie specjalistycznej (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy na stałe przyjmuje leki oraz w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....

.....

.....

.....

.....

10. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

- tężec - dur

- błonica - inne

☐ wg kalendarza szczepień

- ☐ 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.)).

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis opiekunów prawnych)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA NA WYPOCZYNEK

Postanawia się:

- ☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIE PRZE KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał na obozie harcerskim w Kostkowicach (ul. Wierzbowa 112, 42-425

Kostkowice) od dnia/08/2026 do dnia...../...../2026.

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O PRZEBYTYCH CHOROBYCH W JEGO TRAKCIE

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

ZAŁĄCZNIK DO KARTY KWALIFIKACYJNEJ UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. Zobowiązania, zezwolenia i oświadczenia

- Oświadczam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie HALiZ/ wypoczynku.
- Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi, a nie ujawnionych chorób dziecka.
- Przyjmuję do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.
- Oświadczam, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki (w przypadku ich zażywania przez dziecko na stałe) w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całej formy HALiZ/ wypoczynku i jednocześnie przekazuje je opiekunowi/wychowawcy/pielęgniarce*.
- Wyrażam zgodę na przeglądy czystości głowy dziecka podczas wypoczynku.
- W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez personel medyczny. Wyrażam zgodę na udzielanie kadrze wypoczynku wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka przez personel medyczny.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis opiekunów prawnych)