

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

Forma wycieczki: obóz
Organizator: Uczniowski Klub Sportowy HACHI JUDO, ul. Pustola 34a/23, 01-107 Warszawa
W terminie: 22-28.08.2024 r.
Adres placówki: SP nr 5 im. Janusza Korczaka, ul. Nowotarska 42, 34-500 Zakopane

.....
(miejsowość, data) (podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

3. Rok urodzenia

4. Numer PESEL uczestnika wycieczki

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

5. Adres zamieszkania

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców ³⁾

.....

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki

.....

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

.....

.....

.....

.....

9. 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)

.....

.....

.....

.....

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

tężec

błonica

inne

.....

.....

.....
(data) (podpis rodziców / pełnoletniego uczestnika wycieczki)

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 rodzica / opiekuna prawnego)

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

Postanawia się¹⁾

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę
- odmówić skierowania uczestnika wycieczki na wycieczkę ze względu

.....

.....

.....
(data) (podpis organizatora wycieczki)

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 CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(miejscowość ,data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

VII. WARUNKI UCZESTNICTWA

1. Podstawą uczestnictwa w obozie jest uiszczenie kosztów pobytu dziecka w wysokości 1700zł (słownie: tysiąc siedemset złotych), a także oddanie karty kwalifikacyjnej 20.08.2024r.
2. Uczestnicy obozu są ubezpieczeni od następstw nieszczęśliwych wypadków w okresie od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia imprezy.
3. Organizator nie odpowiada za utratę mienia uczestników na skutek kradzieży, zguby lub zniszczenia, organizator nie ponosi także odpowiedzialności za pieniądze, przedmioty wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestnika podczas pobytu na obozie i w środkach transportu.
4. Uczestnicy zobowiązani są do przestrzegania regulaminu obozu.
5. Za ewentualne szkody wyrządzone przez dziecko odpowiadają rodzice, którzy po zakończeniu obozu zostaną obciążeni rachunkiem za straty.
6. Uczestnikom nie przysługuje zwrot świadczeń niewykorzystanych w trakcie trwania obozu (np. choroba w czasie obozu, wcześniejszy wyjazd z obozu).
7. Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w celach marketingowych prowadzonych przez Uczniowski Klub Sportowy HACHI JUDO.
8. Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne i wykonanie wszelkich niezbędnych badań mojego dziecka w czasie przebywania na obozie.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

- 1) Właściwie zaznaczyć znakiem „X”.
- 2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.
- 3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.