

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

Forma wypoczynku: obóz
Organizator: Uczniowski Klub Sportowy HACHI JUDO, ul. Pustola 34a/23, 01-107 Warszawa
W terminie: 28.06.-07.07.2025 r.,
Adres placówki: Ośrodek Wypoczynkowy Grynwald, Rembów 100, 26-035 Raków

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona i nazwiska rodziców

3. Rok urodzenia

4.Numer PESEL uczestnika wypoczynku

5. Adres zamieszkania

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców 3)

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

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

9. 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
inne

(data) (podpis rodziców / pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO).

(data) (podpis rodzica / opiekuna prawnego)

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

Postanawia się¹⁾

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- odmówić skierowania uczestnika wypoczynku 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 (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)

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

VII. WARUNKI UCZESTNICTWA

1. Podstawą uczestnictwa w obozie jest uiszczenie kosztów pobytu dziecka w wysokości 2900 zł (słownie: dwa tysiące dziewięćset złotych), a także oddanie karty kwalifikacyjnej do 20.06.2025 r.

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)