

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wycieczki<sup>1)</sup>

- kolonia
- Zimowisko
- obóz
- biwak
- półkolonia
- inna forma wycieczki

*nie dotyczy  
(proszę podać formę)*

2. Termin wycieczki<sup>1)</sup>

- Turnus I - od dnia 02.07.2019r. do dnia 15.07.2019r.
- Turnus II - od dnia 16.07.2019r. do dnia 29.07.2019r.

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki

**OBÓZ HUFCA ZHP „MAZOWSZE” MIŃSK MAZOWIECKI W LUBIATOWIE  
84-210 CHOCEWO, POW. WEJHEROWSKI**

Trasa wycieczki o charakterze wędrownym<sup>2)</sup>

.....nie dotyczy.....  
.....nie dotyczy.....

Nazwa kraju w przypadku wycieczki organizowanego za granicą .....nie dotyczy.....

**Mińsk Mazowiecki, 01.04.2019**

**KOMENDA HUFCA ZHP „MAZOWSZE”  
MIŃSK MAZOWIECKI**

(miejscowość, data)

(podpis organizatora wycieczki)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona i nazwiska rodziców

3. Rok urodzenia

4. Adres zamieszkania

1) Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

2) W przypadku wycieczki o charakterze wędrownym.

3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNYKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNYKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNYKU**

Postanawia się<sup>1)</sup>:

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

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców<sup>3)</sup>

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):

tęžec .....  
błonica .....  
dżur .....  
inne .....

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

oraz numer PESEL 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 rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

.....  
(data)

.....  
(podpis organizatora wycieczki)

**IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNYKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNYKU W MIEJSCU WYPOCZYNYKU**

Uczestnik przebywał **OBÓZ HUFCA ZHP „MAZOWSZE” MIŃSK MAZOWIECKI W LUBIATOWIE,**  
**84-210 CHOCEWO, POW. WEJHEROWSKI**  
(adres miejsca wycieczki)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ..... do dnia (dzień, miesiąc, rok) .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika wycieczki)

**V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNYKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNYKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNYKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika wycieczki)