

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku

✓ pólkolonia

2. Termin wypoczynku **09.02.2026 – 13.02.2026**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

Szkoła Podstawowa nr 149, ul. Bujaka 15, 30-611 Kraków

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym: nie dotyczy

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą: nie dotyczy.

Kraków, 02.12.2025

(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE 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

.....

.....

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):

tęzec

błonica

inne

.....

(data)

(podpis rodziców/pięnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się¹⁾:

- ☒ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- ☐ odmówić skierowania uczestnika 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 CHOROBY PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

DODATKOWE OŚWIADCZENIA:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych w części II, III, IV, VIII danych osobowych przez Krakowskie Centrum Taekwon-do w celu realizacji obozu przez okres świadczenia usług chyba że przepisy prawa przewidują przechowanie danych w dłuższym okresie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.
2. Przyjmuję do wiadomości zapisy Regulaminu uczestnika obozu i zobowiązuję moje dziecko do jego przestrzegania.
3. W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka w przypadku braku możliwości skontaktowania się z opiekunem dziecka upoważniam wychowawcę lub kierownika obozu do podejmowania decyzji w sprawie podjęcia leczenia szpitalnego, zabiegów diagnostycznych i operacji.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)