



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

(Podopiecznego Fundacji Bullerbyn)
DZIAŁANIE W RAMACH PROJEKTU
Bullerbynowa Zima W Mieście 2023

.....
imię i nazwisko dziecka - wypełnić drukowanymi literami

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: pólkolonia
2. Termin wycieczki*:

Turnus 1: 13.02 - 17.02
Turnus 2: 20.02 - 24.02

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki:
Niepubliczna Placówka Oświatowo-Wychowawcza „Wioska Bullerbyn”,
ul. Warszawska 14, 05-555 Świętochów

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów

3. Rok urodzenia

4. Numer PESEL uczestnika wycieczki

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adres zamieszkania:.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców w trakcie trwania wycieczki:

.....
.....

*właściwe zakreślić

7. Numer telefonu rodziców/opiekunów, w czasie trwania wycieczki

- a).....
- b).....
- c) kontakt alternatywny

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 (rok szczepienia lub przedstawienie kserokopii szczepień)

tężec

blonica

inne

- W razie konieczności odbycia wizyty z dzieckiem w przychodni lub szpitalu, wraz z zgodą na transport dziecka samochodem prywatnym przez pracownika Fundacji;
- W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażam zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka;
- Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nieujawnionych chorób dziecka;
- Przyjmuję do wiadomości, że podczas pobytu dziecko nie może posiadać ani zażywać żadnych leków bez zgody i kontroli opieki medycznej;
- Stwierdzam, że podałem (am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wycieczki.

.....

(data)

.....

(podpis rodzica/opiekuna)

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

Postanawia się*:

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

.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

**V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA
WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał na półkolonii Bullerbynowa Zima w Mieście, ul. Wyzwolenia 7, 00-572
Warszawa od dnia do dnia

.....

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

**VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

*właściwe zakreślić