



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU
(Podopiecznego Fundacji Bullerbyn)
DZIAŁANIE W RAMACH PROJEKTU
Bullerbynowa Zima w Mieście'24

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

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: półkolonie
2. Termin wypoczynku*:

Turnus 1: 23.06 - 29.06
Turnus 2: 30.06 - 06.07

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:
Szkoła Podstawowa Ronja, al. Wyzwolenia 7, 00-572 Warszawa

.....
(miejsowość i data)
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów

3. Rok urodzenia

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

5. Adres zamieszkania:.....
.....

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

.....
.....

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

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

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 stale 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, wrazam zgodę 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 wypoczynku.

.....
(data)
(podpis rodzica/opiekuna)

*właściwe zakreślić

**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 kolonii Wioska Bullerbyn, ul. Warszawska 14, 05-555 Świętochów
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**

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

.....
.....
..... (miejscość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

.....
.....
..... (miejscość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

*właściwe zakreślić