

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA LETNICH WARSZTATÓW ARTYSTYCZNO – REKREACYJNYCH

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU organizowanego przez:

Centrum Młodzieży im. dr. H. Jordana w Krakowie
ZESPÓŁ PIEŚNI I TAŃCA „MAŁE SŁOWIANKI”
do: Ośrodka Wczasowego „PANORAMA” SZCZYRK – ul. Wczasowa 20
w terminie 20.08.2023 – 26.08.2023

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. KANDYDAT:

Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Szkoła, klasa	
PESEL	

2. ADRES RODZICÓW / OPIEKUNÓW DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYJAZDU:

Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon dom. / komórkowy	
Telefon do pracy	

3. DEKLARACJA KANDYDATA:

Zgłaszam chęć udziału w wyjeździe i zobowiązuję się do terminowego wywiązywania się z obowiązków i przydzielonych zadań, skompletowanie niezbędnego ekwipunku, **przestrzeganie dyscypliny i regulaminów obozu**. Wiem o tym, że w razie niewypełnienia wymagań uczestników wyjazdu **mogę zostać skreślony(a)** z listy uczestników wyjazdu, **bez prawa do pełnego zwrotu kosztów (wpłat)**.

.....
data i podpis kandydata

4. INFORMACJA RODZICÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA:

a) dolegliwości i objawy które występują u dziecka:

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| * omdlenia | * przewlekły kaszel |
| * drgawki z utratą przytomności | * szybkie męczenie się |
| * częste bóle głowy | * częste bóle brzucha |
| * zaburzenia równowagi | * bóle stawów |
| * częste wymioty | * lęki nocne |
| * krwotoki z nosa | * moczenie nocne |
| * ataki duszności | * wegetarianin.....tak /nie..... |
| * uczulenie na | * inne |

b) przebyte choroby (proszę podać w którym roku)

- | | |
|-----------------------------------|------------------|
| * żółtaczka zakaźna | * zapalenie ucha |
| * dur (tyfus brzuszny) | * częste anginy |
| * błonica | * cukrzyca |
| * inne choroby zakaźne | * padaczka |
| * zapalenie nerek | * inne choroby |
| * zapalenie wyrostka robaczkowego | |

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 w **Ośrodek Wczasowy „PANORAMA” SZCZYRK – ul. Wczasowa 20**
(adres miejsca wypoczynku)
od dnia (dzień, miesiąc, rok) **20.08.2023** do dnia (dzień, miesiąc, rok) **26.08.2023**

.....
(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)

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