

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA LETNICH WARSZTATÓW ARTYSTYCZNO – REKREACYJNYCH

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU organizowanego przez:

Centrum Młodzieży im. dr. H. Jordana w Krakowie
ZESPÓŁPIEŚNI I TAŃCA „MAŁE SŁOWIANKI”

do: OŚRODKA WYPOCZYNKOWEGO „LIMBA” 34 - 520 PORONIN Kośne Hamry 15A
w terminie 18.08.2024 – 24.08.2024

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 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 się ¹⁾:

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

Kraków 18.06.2024

(podpis organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał w **Ośrodku Wczasowym „LIMBA”**

34 - 520 Poronin. Kośne Hamry 15A.

od dnia **18.08.2024** do dnia **24.08.2024**

24.08.2024

(podpis kierownika wypoczynku)

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

.....

.....

.....

.....

Poronin 24.08.2024

(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

.....

Poronin 24.08.2024

(podpis wychowawcy wypoczynku)

1) Właściwie zaznaczyć znakiem „X”.

2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.