

**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 – 24.08.2025**

**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 <sup>1)</sup>:

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

.....  
.....  
**Kraków 18.06.2025** .....

(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**

**24.08.2025** .....

(podpis kierownika wypoczynku)

---

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

.....  
.....  
.....  
.....  
**Poronin 24.08.2025** .....

(podpis kierownika wypoczynku)

---

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

.....  
.....  
.....  
.....  
**Poronin 24.08.2025** .....

(podpis wychowawcy wypoczynku)

1) Właściwie zaznaczyć znakiem „X”.

2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.