



**OKiR Mickiewiczowskie Centrum Turystyczne**  
**ul. Jarocińska 35, 63-210 Żerków,**  
tel.(0-62) 740-20-80, fax (0-62) 740-20-88  
www.mct.zerkow.pl, e-mail: biuro@mct.zerkow.pl

## **KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

### **I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: **Półkolonie letnie dla dzieci w OKiR MCT w Żerkowie.**
2. Termin wypoczynku: **29.07.2019r. - 02.08.2019r.** w godzinach **od 7:30 do 16:00.**
3. Adres wypoczynku: **ul. Jarocińska 35; 63-210 Żerków.**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

### **II. INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka:

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców:

.....  
.....

3. Rok urodzenia: .....

4. Adres zamieszkania:

.....  
.....

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców:

.....  
.....

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku:

.....  
.....

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

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

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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):

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

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec .....  
błonica.....  
dur .....  
inne .....

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku:

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

**1) Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości 190,00 zł w kasie Ośrodka.**

**2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r. poz. 2135, z późn. zm.)**

.....  
(data)

.....  
(podpis rodziców / pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się:

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

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis organizatora wypoczyнку )

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

Uczestnik przebywał .....  
(adres miejsca wypoczyнку)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ..... do dnia (dzień, miesiąc, rok) .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika wypoczyнку)

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

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

.....  
(miejscowość ,data)

.....  
(podpis kierownika wypoczyнку )

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU  
DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy wypoczynku)