



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: **Półkolonie letnie dla dzieci w OKiR MCT w Żerkowie.**
2. Termin wycieczki: **07.08.2023r. - 11.08.2023 r.** w godzinach **od 7:30 do 16:00.**
3. Półkolonie organizowane są zgodnie z wytycznymi MEN „Bezpieczne wakacje” dla organizatorów wycieczki dzieci i młodzieży w 2023 r.
4. Adres wycieczki: **ul. Jarocińska 35; 63-210 Żerków.**

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka:

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców:

.....

.....

3. Data urodzenia dziecka:

4. Adres zamieszkania dziecka:

.....

5. Adres zamieszkania rodziców:

.....

6. Numery telefonu rodziców:

.....



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

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

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

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

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

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

tężec
błonica.....
dur
inne

oraz numer PESEL uczestnika wycieczki:

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

- 1) **Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki dziecka na konto bankowe organizatora lub w kasie znajdującej się w siedzibie organizatora.**
- 2) **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r. poz. 2135, z późn. zm.)**

.....
(data)

.....
(podpis rodzica / opiekuna)

III. ODBIÓR DZIECKA Z WYPOCZYNKU



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

Imię i nazwisko, adres oraz nr dowodu osobistego osoby wskazanej przez rodzica lub opiekuna:

- 1)
-
- 2)
-

Jednocześnie oświadczamy, iż bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej, upoważnioną przez nas osobę.

IV. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się:

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

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczyнку)

V. 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)



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

VI. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBY PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(miejsowość ,data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)