KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku [1)]
□ kolonia
□ zimowisko
x obóz
□ biwak
□ półkolonia
□ inna forma wypoczynku .....
(proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku 17.07.2026r. - 25.07.2026r.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

ul. Poznańska 27, 64-410 Sieraków Europejskie Centrum Sportowo – Szkoleniowe TKKF
Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym[2)]
.....
Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą
.....

Bydgoszcz, 22.05.2026r. .....
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców
.....
.....
3. Data urodzenia
.....
4. Adres zamieszkania
.....
.....

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców [3)]
.....
.....
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 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.....
inne .....
.....
.....

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku

Oświadczam, że podałem wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego mojego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w trakcie trwania obozu. Oświadczam jednocześnie, iż znane mi są warunki uczestnictwa dziecka w obozie Pater-Travel, program i regulamin.
W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Stwierdzam, że podałem(łam) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki. Wyrażam zgodę na przewóz dziecka samochodem osobowym.

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

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFILOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się[1)]

□ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
□ odmówić skierowania uczestnika wypoczynku na wypoczynek ze względu

.....

22.05.2026r. …….....
(data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał *ul. Poznańska 27 64-410 Sieraków TKKF*
(adres miejsca wypoczynku)
□ w terminie wymienionym w punkcie I.2. karty kwalifikacyjnej
□ w innym terminie: ……

....
(data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

□ zgodnie z zapisami z karty medycznej prowadzonej dla turnusu
□ inne:……...

....
(miejscowość ,data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
.....

....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

---

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