

RANCHER PT Waldemar Włoszczyński
BIURO /adres korespondencyjny/ : ul. Tamogajska 11-13 lok. 321A, 50-512 Wrocław
NIP: 8990012347, REGON 930856764, konto: ING SA 86 1050 1575 1000 0092 0957 0465
Wpis do rejestru Organizatorów Turystyki Marszałka Dolnośląskiego pod nr 73/29/99/2004.
tel./fax.: 71 7930229, tel.: 509807710, 507109234 www.rancher.com.pl biuro@rancher.com.pl



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU:

Nazwa kolonii/obozu, symbol niepotrzebne skreślić

Termin wycieczki

Przystań Lubniewice ul. Spacerowa 20, 69-210 Lubniewice

Adres wycieczki

Data

Podpis organizatora wycieczki

II . INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

Imię (imiona) i nazwisko uczestnika wycieczki

Data urodzenia uczestnika / Nr ewidencyjny **PESEL**

Imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego

Telefony kontaktowe

Imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego

Telefony kontaktowe

Adres zamieszkania uczestnika wycieczki

Adres zamieszkania lub pobytu rodziców /opiekunów prawnych w czasie trwania wycieczki dziecka

Podstawowe informacje o uczestniku wycieczki: (np.: nieśmiały, ruchliwy, towarzyski, brak koncentracji, niejadek, nie lubi zup itp.)

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

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony : leki, pokarmy, ukąszenia; jak znosi jazdę samochodem, czy nosi: aparat ortodontyczny, szkła kontaktowe, okulary, czy występuje ADHD, ZA):

Jeśli uczestnik wycieczki przyjmuje leki (prosimy podać nazwę leku i dawki). Przekazywane leki do podania uczestnikowi podczas pobytu na wycieczce, muszą być opisane nazwiskiem i imieniem uczestnika. Jednocześnie rodzic/opiekun wyraża zgodę na podawanie uczestnikowi, wskazanych powyżej leków w opisanych dawkach.

INFORMACJA O SZCZEPIENIACH uczestnika wycieczki lub załączona kopia z książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne / wpisać rok / :

Tęžec

błonica

dur

Inne

Wyrażam zgodę na:

- niezbędne zabiegi diagnostyczne, leczenie, operacje według zaleceń lekarskich,
- zastosowanie ogólnodostępnych leków o działaniu objawowym sprzedawanych bez recepty lekarskiej np. leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwbiegunkowe, odkażające jamę ustną, krople o działaniu miejscowym, bandaże, opatrunki, maści itp.
- przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej przez RANCHER PT Waldemar Włoszczyński na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki oraz w celu realizacji usługi turystycznej.

Data

Podpis rodziców / opiekunów prawnych uczestnika wycieczki

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYCIECZKI
O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYCIECZKI DO UDZIAŁU W WYCIECZCE**

Postanawia się:
Zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę.
Odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu:

Data

Podpis organizatora wycieczki

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYCIECZKI POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYCIECZKI

Uczestnik przebywał na wycieczce w _____ od dnia _____ do dnia _____

Data

Podpis kierownika wycieczki

**V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYCIECZKI O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYCIECZKI
w czasie trwania wycieczki oraz o chorobach przebytych w jego trakcie**

Miejscowość , data

Podpis kierownika wycieczki

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYCIECZKI DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYCIECZKI

Miejscowość, data

Podpis wychowawcy wycieczki