



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU:**

Nazwa kolonii/obozu, symbol

Termin wypoczynku

**MAGIC CAMPING Ośrodek Wypoczynkowy Lubiewice, ul. Leśna 1, 69-210 Lubniewice**

Adres wypoczynku

Data

Podpis organizatora wypoczynku

**II . INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:**

Imię (imiona) i nazwisko uczestnika wypoczynku

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 wypoczynku

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

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

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

**Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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)**

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

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

Szczepienia ochronne / wpisać rok / :

Tężec

błonica

dur

Inne

**Wyrażam zgodę na:**

- niezbędne zabiegi diagnostyczne, leczenie, operacje według zaleceń lekarskich,
- 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 WYCIECZKI**

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



2. Zasady przyjmowania leków w trakcie kolonii/obozu - dotyczy to wszystkich leków przyjmowanych stale lub/i doraźnie (choroby przewlekłe/sezonowe), leków na przeziębienie, witamin, suplementów itp.

Nazwa leku i sposób dawkowania – należy opisać w karcie kwalifikacyjnej dziecka

Postępowanie w razie nasilenia objawów choroby: .....

.....

.....

Wszystkie przekazywane leki, suplementy, witaminy stosowane stale lub doraźnie muszą być w oryginalnych opakowaniach podpisanych imieniem i nazwiskiem dziecka i opisanym dawkowaniem.

**UCZESTNICY NIE MOGĄ SAMODZIELNIE PRZYJMOWAĆ ŻADNYCH LEKÓW DOTYCZY TO WSZYSTKICH LEKÓW w tym przeciwbólowych leków, specyfików na przeziębienie oraz witamin, suplementów itp.**

3. Wyrażam zgodę na :

1) 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.

2) dokonanie przeglądu czystości skóry głowy dziecka i w razie konieczności na zastosowanie dostępnych w aptekach preparatów likwidujących pasożyty.

3) podawanie mojemu dziecku leków wskazanych w karcie kwalifikacyjnej we wskazanych dawkach

4. Dieta: proszę opisać potrzeby żywieniowe wynikające z diety dziecka. Szczegóły ustalamy indywidualnie na etapie rezerwacji/zapisu dziecka.

.....

.....

.....

6. Oświadczam, że:

1) podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia mojego dziecka, dysfunkcjach psychicznych, fizycznych, możliwych problemach adaptacyjnych lub trudnościach wychowawczych.

2) przejmę opiekę nad moim dzieckiem w ciągu 12-tu godzin w przypadku konieczności sprawowania stałej opieki z powodu choroby lub sytuacji wynikającej z trudności funkcjonowania dziecka na kolonii/obozie uniemożliwiający bezpieczny pobyt dziecka lub innych uczestników kolonii/obozu.

3) poniosę dodatkowe koszty opieki nad moim dzieckiem ( indywidualny opiekun, komercyjny transport) w przypadku braku możliwości odbioru mojego dziecka na zasadach opisanych w pkt 6.2

2) zobowiązuję się do aktualizacji danych i informacji przekazanych Organizatorowi w karcie kwalifikacyjnej i załączniku do karty.

3) skan/ zdjęcie karty kwalifikacyjnej przekazany do Organizatora drogą elektroniczną jest zgodny z oryginałem

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis rodziców / opiekunów prawnych uczestnika wypoczynku