



90-301 Łódź, ul. Wigury 12/3, tel.: 42 631 18 16, 42 630 73 01, INFOLINIA: 780 114 926, e-mail: roza@roza.pl, www.roza.pl

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. Wniosek rodziców (uczestnika, jeżeli jest pełnoletni) o skierowanie na imprezę:

Proszę o skierowanie (imię i nazwisko uczestnika): \_\_\_\_\_

na imprezę **Obóz Wędkarski Płotka** w terminie: \_\_\_\_\_

Potwierdzam zapoznanie się ze Szczegółowymi Warunkami Uczestnictwa w imprezach Badcat sp. z o.o. Jako opiekun prawny uczestnika wyrażam zgodę na jej/jego udział w imprezie i potwierdzam prawdziwość danych zawartych w niniejszej karcie.

\_\_\_\_\_

seria i numer dokumentu tożsamości

\_\_\_\_\_

czytelny podpis rodziców lub opiekuna prawnego

### II. Informacje dotyczące wypoczynku:

1. **Forma wypoczynku:** obóz

2. **Termin wypoczynku:** \_\_\_\_\_

3. **Adres wypoczynku:** Ośrodek Róża Wiatrów, ul. Wodociągowa 1, 11-600 Węgorzewo

4. **Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym:** nie dotyczy

\_\_\_\_\_

Miejscowość, data

\_\_\_\_\_

podpis organizatora wypoczynku

### III. Informacje dotyczące uczestnika:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data i miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

#### Dane kontaktowe rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na imprezie:

Adres: \_\_\_\_\_

Telefony: \_\_\_\_\_

Uczestnik tel. \_\_\_\_\_

Ojciec, imię i nazwisko, tel. \_\_\_\_\_

Matka imię i nazwisko, tel. \_\_\_\_\_

Inny opiekun dziecka, imię i nazwisko, tel. \_\_\_\_\_

**Informacje rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia uczestnika** (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, itp. i inne istotne zdaniem rodzica informacje o dziecku):

Wzrost \_\_\_\_\_ (cm), waga \_\_\_\_\_ (kg), musi nosić szkła kontaktowe tak/nie (wada: L \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_). Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka (właściwe zakreślić): omdlenia, częste bóle głowy, drgawki z utratą przytomności, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki, nocne moczenie się, inne: \_\_\_\_\_

Przebyte choroby (podać rok): żółtaczkę zakaźną \_\_\_\_\_, dur brzuszny (tyfus) \_\_\_\_\_, błonica \_\_\_\_\_, inne choroby zakaźne \_\_\_\_\_, zapalenie nerek \_\_\_\_\_, zapalenie wyrostka robaczkowego \_\_\_\_\_, zapalenie ucha \_\_\_\_\_, częste anginy \_\_\_\_\_, cukrzyca \_\_\_\_\_, padaczka \_\_\_\_\_, inne choroby \_\_\_\_\_

Czy w ostatnim czasie dziecko było w szpitalu tak/nie z powodu: \_\_\_\_\_

Na jakie leki, pokarmy dziecko jest uczulone: \_\_\_\_\_

Jak dziecko znosi jazdę samochodem? \_\_\_\_\_

Inne uwagi dotyczące zdrowia dziecka: \_\_\_\_\_

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

**Szczepienia ochronne (podać rok):** tężec \_\_\_\_\_, błonica \_\_\_\_\_, dur \_\_\_\_\_, inne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miejscowość, data

\_\_\_\_\_

czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

Stwierdzam, że podałem/łam wszystkie znane mi informacje o moim dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w miejscu wypoczynku. W razie uzasadnionej potrzeby, w tym zagrożenia zdrowia i życia dziecka, wyrażam zgodę na jego leczenie, podanie leków, zabiegi operacyjne itp. Wyrażam zgodę na doraźne podanie leków ogólnodostępnych w przypadku wystąpienia nagłej dolegliwości u dziecka.

W przypadku podejrzenia spożywania przez uczestnika alkoholu, narkotyków lub środków odurzających wyrażam zgodę na badanie uczestnika alkomatem lub testami na obecność narkotyków.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO, czyli rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) R2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.).**

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

**IV. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka we wszystkich zajęciach** programowych i wybranych imprezach fakultatywnych podczas trwania imprezy.

**Nie wyrażam zgody na udział mojego dziecka w zajęciach** (wymienić rodzaje zajęć z programu, w których dziecko nie powinno uczestniczyć): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

**V. Decyzja Organizatora wypoczynku o zakwalifikowaniu uczestnika wypoczynku do udziału w wypoczynku:**

Postanawia się: (zaznaczyć właściwe)

- ☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek  
☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis organizatora wypoczynku

**VI. Potwierdzenie przez kierownika wypoczynku pobytu uczestnika w miejscu wypoczynku:**

Uczestnik przebywał na obozie / kolonii / rejsie / zimowisku w terminie: od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis kierownika wypoczynku

**VII. Informacje kierownika wypoczynku o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania wypoczynku oraz o chorobach przebytych w jego trakcie** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis kierownika wypoczynku

**VIII. Informacje i spostrzeżenia wychowawcy wypoczynku dotyczące uczestnika:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis wychowawcy