**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU *AKCJA LATO 2024***

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku

Półkolonie AKCJA ZIMA 2025

2. Termin wypoczynku 1)

|  | turnus II.  24-27.02.2025 R. |
| --- | --- |
|  |  |

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

SZKOŁA PODSTAWOWA NR 39 W Gdyni

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)



1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**
   1. Imię (imiona) i nazwisko

……………………………………………………………………………………………..………….……………..

* 1. Imiona i nazwiska rodziców

……………………………………………………………………………………………………….……………....

………………………………………………………………………………………………………….…………… 3. Rok urodzenia ………………………………………………………………………….……………………….

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

5. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………..………………………..

1. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców2)

…………………………………………………………………………………………………………..…………...

……………………………………………………………………………………………………………………..

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku ………………………………………………………….…………

……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….........

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

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

9.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)

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

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

tężec …………………………………………………………………………………………………………………

błonica ...……………………………………………………………………………………………………….……

inne ………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

..................................... …………………….....................................................................

(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)



1. **DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

Postanawia się1):

zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

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

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

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

(data) (podpis organizatora wypoczynku)



1. **POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał ..................................................................................................................................................

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ......................................... do dnia (dzień, miesiąc, rok) .............................................

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku)



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

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

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

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)



1. **INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

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

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

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

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

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)





1) Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

2) W przypadku uczestnika niepełnoletniego

**INFORMACJE DODATKOWE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**Zgoda na udostępnienie wizerunku**

Wyrażam/ nie wyrażam\* zgodę na nieodpłatne utrwalenie wizerunku mojego dziecka w formie fotografii i filmu w trakcie każdego dnia półkolonii oraz jego rozpowszechniania na potrzeby informacyjne

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

(miejscowość i data) (podpis rodzica lub opiekuna)

**Zgoda na samodzielny powrót**

Wyrażam/ nie wyrażam\* zgody na samodzielny powrót mojego dziecka………………………………………….po zajęciach do domu i biorę za niego całkowitą odpowiedzialność.

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

(miejscowość i data) (podpis rodzica lub opiekuna)

**Upoważniam do odbioru**

Upoważniam do odbioru mojego syna/ córki \*……………………………………………………………. następujące osoby

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

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

(miejscowość i data) (podpis rodzica lub opiekuna)