

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: **Obóz jeździecki**
2. Adres: **Ośrodek Jeździecki „Kalumet” Boszkowo  
ul. Żeglarska 1a; 64-140 Włoszakowice**
3. Kontakt: tel. **65-5379-197** , e-mail: [kadry@john.com.pl](mailto:kadry@john.com.pl)

4. Czas trwania wypoczynku od ..... do .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

### II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka: .....
2. Data urodzenia: .....
3. Adres zamieszkania: .....
4. Pesel: .....
5. Adres e-mail: .....
6. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:

..... Tel. ....

..... Tel. ....

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości ..... zł  
słownie: .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

### III. OŚWIADCZENIA RODZICÓW

1. Wyrażam (nie wyrażam) zgodę na publikowanie zdjęć mojego dziecka w materiałach promocyjnych OJ „Kalumet” Boszkowo.

.....  
(data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

3. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka na udział w lekcjach jazdy konnej.

4. W razie potrzeby wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku leków po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym.

.....  
(data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

**IV. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

Dolegliwości i objawy jakie mogą wystąpić u dziecka: omdlenia, drgawki, utrata przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, inne:

.....  
.....

Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: TAK/NIE

Podać powód: .....

Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone:

.....

ZAPEWNIAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....  
(data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

**V. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH LUB PRZEDSTAWIENIE KSIĄŻECZKI ZDROWIA Z AKTUALNYM WPISEM SZCZEPIEŃ**

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ....., błonica....., dur ....., Inne .....

.....  
(data)

.....  
(podpis lekarza ojca, matki lub opiekuna)

**VI. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)**

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna)

**VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu

.....

.....

(data)

.....

(podpis)

### **VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na obozie jeździeckim w OJ „Kalumet” Boszkowo, ul. Żeglarska 1a, 64-140 Włoszakowice

od dnia ..... do dnia ..... 2.....r.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

### **IX. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)**

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

(data)

.....

(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

### **X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY – INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis wychowawcy-instruktora)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)**

.....

(data)

.....

(podpis ojca, matki lub opiekuna)