KOMPAS obozy i kolonie od 1998r. ul. Asesora 72, 80-119 Gdańsk *tel./fax +48 58 303 18 78* e-mail: biuro@kompas.pl www.kompas.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU – uzupełnia Rodzic

1. Forma wypoczynku[1)] kolonia zimowisko obóz biwak półkolonia inna forma wypoczynku .....

2. Nazwa programu.....3. Termin.....

4. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku.....

5. Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym[2)].....

6. Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą.....

....

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU – uzupełnia Rodzic

1. Imię (imiona) i nazwisko Uczestnika.....

2. Imiona i nazwiska Rodziców.....

3. Data urodzenia Uczestnika .....4. PESEL .....

5. Adres zamieszkania Uczestnika.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców[3)] .....

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, pod którym rodzice lub ta osoba są dostępni 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:

a. Stosowana dieta: ..... b. Uczestnik uczulony na:.....

c. Przyjmuje stale leki .....

w dawce .....

d. problemy z wyrażaniem emocji.....

e. problemy z funkcjonowaniem w grupie.....

f. Jak znosi jazdę autokarem?..... g. Czy nosi?: aparat ortodontyczny ....., okulary .....

h. lęk wysokości ..... i. hydrofobia .....

10. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień): a. Tężec..... b. Błonica..... inne.....

....

(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIALU W WYPOCZYNKU

POSTANAWIA SIĘ:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....

.....

....

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

IV. 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).....

....

(miejscowość i data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

.....

.....

.....

....

(miejscowość i data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

....

(miejscowość i data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

[1)] właściwe zaznaczyć znakiem x

[2)] w przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym

[3)] w przypadku Uczestnika niepełnoletniego

KOMPAS
obozy i kolonie od 1998r.
ul. Asesora 72, 80-119 Gdańsk *tel./fax +48 58 303 18 78* e-mail: biuro@kompas.pl www.kompas.pl

……..

imiona i nazwiska Rodziców (opiekunów) Uczestnika obozu (wypoczynku)

……..

adres zamieszkania lub pobytu rodziców

……

numer telefonu rodziców

ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNA PRAWNEGO)
(M.IN. NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE,
ORAZ PODAWANIE LEKÓW)

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia naszego dziecka (podopiecznego/-ej),

Imię (imiona) i nazwisko Uczestnika……

Data urodzenia Uczestnika ……., *PESEL* ……

Adres zamieszkania Uczestnika ……

Uczestnika obozu (wypoczynku) organizowanego przez Biuro Turystyki Aktywnej Kompas sp. z o. o. z siedzibą w Gdańsku, z którym została zawarta umowa o imprezę turystyczną, przebywającego(ej) w terminie …… *w* ……(adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku)

wyrażam zgodę

☐ *na reprezentowanie naszego dziecka, wobec służby zdrowia właściwej dla miejsca pobytu, przez kadrę (kierownika lub wychowawcę) Biura Turystyki Aktywnej Kompas sp. z o.o., wyżej wskazanego obozu, w tym w przypadku braku możliwości uzyskania kontaktu telefonicznego,*

☐ *na podawanie przez kadrę obozu leków przepisanych w czasie obozu przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę.*

Ponadto, oświadczamy, że podaliśmy w Karcie Kwalifikacyjnej Uczestnika Wypoczynku wszystkie znane nam informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie.

……

data podpis rodzica (opiekuna prawnego)