



Biuro Podróży KAROL TRAVEL Karol Krystjańczuk
Łęczna 21-010, ul. Stefanii Pawlak 8
Tel./fax +48 81 752 08 07
e-mail: biuro@karoltravel.pl
www.karoltravel.pl



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki
2. Adres
3. Czas trwania wycieczki

Łęczna
(miejsowość, data)

Biuro Podróży Karol Travel
(organizator wycieczki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka 2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania Telefon
4. Nazwa i adres szkoły..... Klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce:
- telefon:

Miejscowość, data.....

podpis matki, ojca lub opiekuna

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....

.....

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

data.....

podpis matki, ojca lub opiekuna

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

data.....

podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna



Biuro Podróży KAROL TRAVEL Karol Krystjańczuk
Łączna 21-010, ul. Stefanii Pawlak 8
Tel./fax +48 81 752 08 07
e-mail: biuro@karoltravel.pl
www.karoltravel.pl



V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

data.....

podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

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

data.....

podpis.....

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na OBOZIE od dnia do dnia

data..... czytelny podpis kierownika wypoczynku

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o chorobach, ewentualnych urazach, leczeniu itp.)

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(miejsowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....
.....
.....
(Miejsowość, data) (podpis wychowawcy/instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

data.....

podpis matki, ojca lub opiekuna