

HARCERSKIE CENTRUM EDUKACJI EKOLOGICZNEJ
W FUNCKE
89-606 Charzykowy
tel./fax (052) 398 80 01, 398 80 09
NIP 555-207-26-55



BIURO W BYDGOSZCZY
85-010 Bydgoszcz, ul. Dworcowa 56
tel. (052) 322 73 79, tel./fax 322 20 68

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki¹⁾
 Kolonia

Termin wycieczki NAZWA OBOZU:
.....
.....

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki

HARCERSKIE CENTRUM EDUKACJI EKOLOGICZNEJ, FUNKA 3, 89-606 CHARZYKOWY

Bydgoszcz, 20.02.2017 r.
(miejscowość, data) (podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko
.....
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców
.....
.....
3. Rok urodzenia
.....
4. Adres zamieszkania
.....
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców²⁾
.....
.....
6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki
.....
.....

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Forma nr 174 (adres miejsca wypoczynku)

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

..... (data) (podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAKCH PRZEBITYCH W JEGO TRAKCIE

..... (miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZĘŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

..... (miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

- 1) Właściwe zaznaczyć znakami „X”.
- 2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.
- 3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

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

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychologicznym i somatycznej (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

łęczęc
blonica
dfr
inne
oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku

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 dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

..... (data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się ¹⁾
 zakwalifikować i skierować uczestnika na wypocznik
 odmówić skierowania uczestnika na wypocznik ze względu

..... (data) (podpis organizatora wypoczynku)