

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

wg Załącznika do rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 22 lipca 2021 r. (poz. 1548)



I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: **półkolonia**
2. Termin wypoczynku **01.07.2024 r. – 05.07.2024r.**
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Szkoła Podstawowa nr 29 im. Stefana Żeromskiego w Gdyni, ul. Ściegiennego 8, 81-257 Gdynia

Gdynia, dnia 12 czerwca 2024 r.

(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Imiona i nazwiska rodziców
3. Rok urodzenia
4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adres zamieszkania
 6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców ²⁾
 7. Numer telefonu rodziców 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 uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się ¹⁾

<input type="checkbox"/>	zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
<input type="checkbox"/>	odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu
.....	

..... **2024 r.**
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał **Szkoła Podstawowa Nr 29, ul. Ściegiennego 8, 81-257 Gdynia**

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

..... **2024 r.**
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

.....
.....

Gdynia, dnia 2024 r.
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

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

Gdynia, dnia 2024 r.
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

1) Właściwie zaznaczyć znakiem „X”.

2) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.