

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU (Wypełnia organizator)**

1. Forma wycieczki: Półkolonia
2. Termin wycieczki: od ..... do .....
3. Miejsce lokalizacji wycieczki: .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis organizatora)

**INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (Wypełnia opiekun)**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Imiona rodziców: .....
3. Adres zamieszkania: .....
4. Numery telefonu rodzica / opiekuna: .....
5. Informacja o specjalnych porzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym: .....  
.....  
.....
6. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. uczulenia, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary): .....  
.....  
.....  
.....
7. Szczepienia ochronne wraz z podaniem roku ich wykonania:  
Tężec .....  
Błonnica .....  
Dur .....  
Inne .....
8. Rok urodzenia ..... 9. Pesel uczestnika: 

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU c.d. (Wypełnia opiekun)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (Zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych oraz na podstawie Art.13 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016r.).

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis rodzica / opiekuna)

DECYZJA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (Wypełnia organizator)

Postanawia się: zakwalifikować / odmówić skierowania na wycieczkę ze względu:

.....  
.....

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis organizatora)

POTWIERDZENIE POBYTU NA WYPOCZYNKU UCZESTNIKA (Wypełnia organizator)

Uczestnik przebywał na: .....

Od dnia: ..... do dnia: .....

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis organizatora)

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA NA WYPOCZYNKU (Wypełnia organizator)

.....  
.....

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis organizatora)

INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY DOT. UCZESTNIKA (Wypełnia organizator)

.....  
.....

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis wychowawcy)

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA (Wypełnia opiekun w dniu wyjazdu)

Ja niżej podpisany / a .....  
(imię nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego)

oświadczam, iż Uczestnik półkolonii .....  
(imię i nazwisko uczestnika)

a) nie wykazuje w dniu wyjazdu objawów infekcji oraz objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną oraz nie chorował na żadną chorobę zakaźną min. 21 dni przed rozpoczęciem półkolonii

b) nie jest zamieszkały z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miał kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie min. 15 dni przed rozpoczęciem półkolonii

c) jest przygotowany do stosowania się do wytycznych i regulaminów półkolonii związanych z zachowaniem dystansu społecznego oraz przestrzeganiem wzmożonych zasad higieny.

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis rodzica / opiekuna)