



ul. Krupówki 12, 34-500 Zakopane  
tel. 18 20 124 29 tel. kom. 609 98 31 66  
biuro@ptkzakopane.pl, www.ptkzakopane.pl  
ING Bank Śląski S.A. O/Zakopane  
26 1050 1474 1000 0092 1337 4581

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W FORMIE ZIMOWISKA

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Termin wycieczki .....-.....
2. Adres miejsca wycieczki:.....  
.....  
(miejscowość, data) (podpis organizatora wycieczki)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Nazwisko i imię uczestnika:.....
2. Data urodzenia uczestnika: ..... Numer PESEL:.....
3. Uczeń klasy.....
4. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego:..... tel.:.....  
Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego:..... tel.:.....  
adres e - mail rodziców/opiekunów dziecka:.....
5. adres zamieszkania uczestnika:.....
6. adres zamieszkania lub pobytu rodziców/opiekunów prawnych:  
.....

Proszę o odpłatne wypożyczenie sprzętu narciarskiego

długość stopy w cm ..... wzrost ..... waga.....

informacja ile sezonów dziecko jeździ na nartach.....

Wyrażam zgodę na wyjazd mojego Dziecka na wyżej wymieniony obóz i jego udział we wszystkich przewidzianych programem zajęciach zawartych w programie na stronie internetowej [www.ptkzakopane.pl](http://www.ptkzakopane.pl)  
Oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się z Warunkami Uczestnictwa, Wzorem Umowy, programem imprezy, Regulaminem obozu oraz ofertą zawartą na stronie [www.ptkzakopane.pl](http://www.ptkzakopane.pl) i je akceptuję.

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica/ opiekuna)

### III. ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Czy dziecko jest uczulone? TAK NIE  
(niepotrzebne skreślić)  
Alergeny.....  
Objawy alergii.....
2. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę lub jest w trakcie diagnozowania?  
TAK, dziecko choruje TAK, dziecko jest diagnozowane NIE  
(niepotrzebne skreślić)  
Choroba:.....  
Symptomy.....
3. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? TAK NIE  
(niepotrzebne skreślić)  
Kiedy i z jakiego powodu.....
4. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK NIE  
(niepotrzebne skreślić)  
Przyczyna.....  
Nazwa i dawka leku.....
5. Inne ważne informacje na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i diety dziecka:  
.....  
.....
6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:  
.....  
.....
7. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):  
tężec: błonica: dur: inne:  
.....  
.....

Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w czasie pobytu dziecka na obozie.

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

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica/ opiekuna)

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

Postanawia się:

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

.....

.....

(data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał pod adresem wymienionym w punkcie I.2. karty kwalifikacyjnej

- w terminie wymienionym w punkcie I.1. karty kwalifikacyjnej
- w innym terminie (od dnia .....do dnia.....)

.....

(data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

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

.....

.....

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

**VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

bez zastrzeżeń

dodatkowe

informacje:.....

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wychowawcy wypoczynku)