Załącznik nr 2 do Regulaminu Półkolonii w Centrum Nauki Experyment

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku

☐	KOLONIE
☐	ZIMOWISKO
☐	OBÓZ
☐	BIWAK
☐	PÓŁKOLONIA
☐	INNA FORMA WYPOCZYNKU

2. Termin wypoczynku od……2027 – ……. 2027

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

Centrum Nauki Experyment, Al. Zwycięstwa 96/98, 81-451 Gdynia

Gdynia …… 2027 …….

(miejscowość, data) podpis Organizatora wypoczynku

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko Uczestnika ……

2. Imiona i nazwiska rodziców Uczestnika

……

……

3. Rok urodzenia Uczestnika……

4. Numer PESEL Uczestnika wypoczynku

5. Adres zamieszkania ……

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

……

……

7. Numery telefonów rodziców

……

……

8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych Uczestnika wypoczynku, w szczególności 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).

……

……

o szczepieniach ochronnych:

tężec (data)…… lub zgodnie z kalendarzem szczepień ☐

błonica (data)…… lub zgodnie z kalendarzem szczepień ☐

dur (data)…… lub zgodnie z kalendarzem szczepień ☐

inne……

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.)).

Gdynia …… 2027 ……

(miejscowość, data) *(podpis **rodziców**/opiekunów prawnych Uczestnika wypoczynku)*

III.DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się:

○ zakwalifikować i skierować Uczestnika na wypoczynek

○ odmówić skierowania Uczestnika na wypoczynek ze względu na

.....

Gdynia ..... 2027 .....

(miejscowość, data) *(podpis **Organizatora** wypoczynku)*

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

Uczestnik przebywał w ***Centrum Nauki Experyment w Gdyni, A. Zwycięstwa 96/98 Gdynia*** od dnia ..... 2027 r. do dnia ..... 2027 r.

Gdynia ..... 2027 .....

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

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

.....

.....

.....

Gdynia ..... 2027 .....

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

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

Gdynia ..... 2027 .....

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