



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

(Podopiecznego Fundacji Bullerbyn)
DZIAŁANIE W RAMACH PROJEKTU
WIOSKA BULLERBYN 2022

.....
imię i nazwisko dziecka - wypełnić drukowanymi literami

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: kolonia
2. Termin wycieczki*:

Turnus 1: 26.06 - 02.07	Turnus 6: 31.07 - 06.08
Turnus 2: 03.07 - 09.07	Turnus 7: 07.08 - 13.08
Turnus 3: 10.07 - 16.07	Turnus 8: 14.08 - 20.08
Turnus 4: 17.07 - 23.07	Turnus 9: 21.08 - 27.08
Turnus 5: 24.07 - 30.07	Turnus dwutygodniowy: 07.08 - 20.08

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki:
Niepubliczna Placówka Oświatowo-Wychowawcza „Wioska Bullerbyn”,
ul. Warszawska 14, 05-555 Świętochów

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów

3. Rok urodzenia

4. Numer PESEL uczestnika wycieczki

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

5. Adres zamieszkania:.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców w trakcie trwania wycieczki:

7. Numer telefonu rodziców/opiekunów, w czasie trwania wycieczki

a).....

b).....

c) kontakt alternatywny

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

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....
oraz o szczepieniach ochronnych (rok szczepienia lub przedstawienie kserokopii szczepień)

tężec

błonica

inne

- W razie konieczności odbycia wizyty z dzieckiem w przychodni lub szpitalu, wraz z zgodą na transport dziecka samochodem prywatnym przez pracownika Fundacji;
- W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażam zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka;
- Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nieujawnionych chorób dziecka;
- Przyjmuję do wiadomości, że podczas pobytu dziecko nie może posiadać ani zażywać żadnych leków bez zgody i kontroli opieki medycznej;
- Stwierdzam, że podałem (am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wycieczki.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

*właściwe zkreślić

**III. 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 kierownika wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał na kolonii Wioska Bullerbyn, ul. Warszawska 14, 05-555 Świętochów
od dnia do dnia

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

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

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

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

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

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

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

*właściwe zkareślić