/pieczęć organizatora/

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku /właściwe zaznaczyć znakiem „X”/

kolonia biwak

zimowisko półkolonia

obóz

inna forma wypoczynku ………………………………………

*(proszę podać formę)*   
2. Termin wypoczynku / właściwe zaznaczyć znakiem „X”/  
turnus I 29.06. – 03.07.2020r. turnus II 06.07 – 10.07.2020r.

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku **SZKOŁA PODSTAWOWA NR 6 im. Ks. J. Twardowskiego w Pszczynie,   
ul. Księżycowa 25, 43-200 Pszczyna**

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym **NIE**

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą **BRAK**

…………………………………. ………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko ………………………….…………………………………………………………………………..….

2. Imiona i nazwiska rodziców ………………………………………………………………………………………………………

3. Rok urodzenia …………………………………………………………………………..…………………………………………

4. Adres zamieszkania .........................................................…………..…………………………………………..…………………

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (w przypadku uczestnika niepełnosprawnego) ………………………………………………………………………………………………….

**6. Aktualny numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku** ………………………………………………………………………………………………………….

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

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

8.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 (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia   
z aktualnym wpisem szczepień- np. ksero):

tężec……………………błonica…………………dur……………………………inne………………………………………………

**oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa   
i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 marca 2016 r. w sprawie wypoczynku dzieci i młodzieży (Dz.U. 2016 poz. 452) oraz art. 6 ust.1 pkt a i c RODO.**

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

(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się/właściwe zaznaczyć znakiem/:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

Uczestnik przebywał (adres miejsca wypoczynku)**na szkolnych półkoloniach w Szkole Podstawowej nr 6 w Pszczynie**

od dnia/dzień, miesiąc, rok/.......................... do dnia /dzień, miesiąc, rok/...................................

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU** ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................………………………………………………………………………………

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)