

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: OBÓZ SZKOLENIOWY
2. Termin wycieczki: 20.07.2024 - 27.07.2024
3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki:

Hotel Austeria ul. Generała Józefa Bema 32, 87-720 Ciechocinek

4. Organizator : JOY DANCE Małgorzata Łuczak
Mariana Rapackiego 3B, 71-467 Szczecin, NIP: 8522348692

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

pesel uczestnika

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

1. Imię (imiona) i nazwisko Uczestnika

2. Imiona i nazwiska Rodziców

3. Rok urodzenia Uczestnika:

4. Adres zamieszkania Uczestnika:

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki

7. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym, 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)
.....
.....
.....
.....

8. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie ksero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec

błonica

dur

inne:

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 2015r. poz. 2135, z późn.zm.)).

.....
(data)

.....
(podpis rodziców /pełnoletniego uczestnika wycieczki)

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

- Zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę
- Odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu:

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

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

Uczestnik przebywał

.....

(adres miejsca wypoczynku)

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 CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

1. Imię i nazwisko Uczestnika Obozu

.....

**SUMMER JOY DANCE CAMP
CIECHOCINEK 2024**



www.joydance.pl