



AKADEMIA WYOBRAŹNI
PRZEKROCZ GRANICĘ WYOBRAŹNI

**KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**WAKACYJNA PRZYGODA
w „MAGICZNEJ KRAINIE WYOBRAŹNI”
MIKOSZEWO 2020**

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU	
1.	Forma wypoczynku : Kolonia
2.	Termin wypoczynku: 29.06. – 08.07.2020 r.
3.	Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: 82-103 Mikoszewo, Ul. Wiślana 9b, Dom Wypoczynkowy „Simurg”
Warszawa	
AKADEMIA WYOBRAŹNI Warszawa, ul. Skoroszewska 1b/112 Tel. 602-393-297 NIP : 5661062615 Regon : 531540640 info@akademiawyobrazni.edu.pl www.akademiawyobrazni.edu.pl	

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU			
1.	Imię (imiona) i nazwisko		
2.	Imiona i nazwiska rodziców		
3.	Rok urodzenia		klasa
4.	Numery telefonów rodziców		
(Imię i nazwisko)		(telefon)	

(Imię i nazwisko)		(telefon)
5.	Adres zamieszkania uczestnika wypoczynku	
6.	Adres zamieszkania lub pobytu rodziców w czasie pobytu dziecka na kolonii	
7.	Informacje 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 (np. jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)	
o występowaniu u uczestnika wypoczynku uczulenia (proszę o podanie alergenów, czy stosowana jest dieta czy przyjmowane są leki na stałe)		

o szczepieniach ochronnych wraz z podaniem roku		
• tężec	Rok szczepienia	
• błonica	Rok szczepienia	
• dur	Rok szczepienia	
•	Rok szczepienia	
•	Rok szczepienia	
•	Rok szczepienia	
•	Rok szczepienia	
oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku		

Stwierdzam, że podałem(-am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na kolonii. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem(-am) się z programem, regulaminem i warunkami uczestnictwa i je akceptuję.	
(data)	(podpis rodziców uczestnika wypoczynku)

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 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).	
(data)	(podpis rodziców uczestnika wypoczynku)

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 organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU	
Uczestnik przybył do Domu Wypoczynkowego „Simurg”, Ul. Wiślana 9b, 82-103 Mikoszewo	
od dnia	do dnia
(data)	(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE	
(data)	(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU	
(data)	(podpis wychowawcy wypoczynku)