

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU ADAPTACYJNEGO

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE OBOZU

### 1. Forma

- kolonia
- zimowisko
- obóz
- biwak
- półkolonia
- inna forma wypoczynku **Nie dotyczy**  
(proszę podać formę)

2. Termin: 23 - 28.08.2020 r.

### 3. Adres:

**Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy im. Janusza Korczaka w Antoniewie**

Antoniewo, 62-085 Skoki, woj. wielkopolskie

tel. +48 (0) 61 812 42 51

tel. kom. +48 (0) 601 798 729

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym - **nie dotyczy**

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą - **nie dotyczy**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora obozu)

---

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA OBOZU ADAPTACYJNEGO

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

.....

3. Rok urodzenia

.....

4. Adres zamieszkania

.....

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

.....

6. Numer telefonu rodziców lub opiekunów

.....

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

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

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika obozu, 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)

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

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

tężec .....

błonica .....

dur .....

inne .....

.....  
.....

oraz numer PESEL uczestnika obozu

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

Stwierdzam, że podałem(am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania obozu. W razie wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia dziecka w czasie jego pobytu na obozie zgadzam się na leczenie szpitalne dziecka, zabiegi diagnostyczne, operacje, podawanie lekarstw.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika obozu (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).**

.....  
(data)

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



### **III. DECYZJA ORGANIZATORA OBOZU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W OBOZIE**

Postanawia się :

- zakwalifikować i skierować uczestnika na obóz adaptacyjny
- odmówić skierowania uczestnika na obóz ze względu

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis organizatora obozu)

### **IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA OBOZU POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU OBOZU**

Uczestnik przebywał

.....  
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ..... do dnia (dzień, miesiąc, rok) .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika obozu)

---

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

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika obozu)

---

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY DOTYCZĄCE UCZESTNIKA OBOZU**

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy )

