\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

 (miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

¹ Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

² W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

³ W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

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

Stowarzyszenie „ AKTYWNI OD ZARAZ"
35-051 Rzeszów, ul. St. Staszica 17/2 **K A R T A K W A L I F I K A C Y J N A**
tel. 501 337 642,730 722 720 **U C Z E S T N I K A W Y P O C Z Y N K U**
NIP: 813-371-86-11, KRS: 0000607709
REGON: 36397396800000

 ***pieczęć organizatora***

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

 1. Forma wypoczynku¹

* kolonia
* zimowisko
* obóz
* biwak
* półkolonia.
* inna forma wypoczynku ………………………………………………………………...

 *(proszę podać formę)*

2. Termin obozu: **04.02.2024 r. – 11.02.2024 r.**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:
 **Willa „Cztery Pory Roku” (Zakopane)**

34-511 Kościelisko

ul. Królewska 41

tel.: 501 337 642

4. Koszt obozu**:** **2 450,00**

5. Zadatek **300 zł** (do 30 listopada 2023)

Nr konta: **09 1950 0001 2006 3685 2702 0002** z dopiskiem: Wpłata za pobyt - imię i nazwisko uczestnika na obozie **Zakopane - Kościelisko**.

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

 (miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko

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

 2. Imiona i nazwiska rodziców

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

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

 3. Rok urodzenia ……………………………………………………………………………....... 4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

 5. Adres zamieszkania …………………………………………………………………………...

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

 6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców³ …………………………………………………...

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

 7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego
 uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku:

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

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

 8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku,
 w szczególności o potrzebach wynikających o niepełnosprawności, niedostosowania
 społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym: ………………………………...

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

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

 9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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 ….…………………………………………………………………………………
 inne …………………………………………………………………………………...

 ……………………………………………………………………………………

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

 (data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

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

Postanawia się¹:

* 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)

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

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

 (data) (podpis kierownika wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

 (miejscowość i data) (podpis kierownika wypoczynku)