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

**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 wypoczynku 09.08.2025r – 18.08.2025r  
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

Dom Kolonijny JAR   
ul. Jarowa 1  
 84 – 120 Chłapowo  
 Tel. Kierownika Obozu: 501 337 642

4. Koszt obozu: 2 690zł   
5. Zadatek 500 zł (do wyczerpania miejsc)   
Nr konta: 09 1950 0001 2006 3685 2702 0002 - konto złotówkowe z dopiskiem:   
Wpłata za pobyt - imię i nazwisko uczestnika na obozie Władysławowo-Chłapowo

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

(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)