

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓLKOLONII w KCRiS OAZA

## I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:

1. Forma wypoczynku: Półkolonie letnie
2. Organizator półkolonii: Kórnickie Centrum Rekreacji i Sportu OAZA
3. Adres: ul. Krasickiego 1, 62-035 Kórnik
4. Czas trwania wypoczynku (zaznaczyć odpowiedni termin):

- I turnus  24.06 – 28.06.2024  
II turnus  01.07 – 05.07.2024  
III turnus  08.07 – 12.07.2024  
IV turnus  05.08 – 09.08.2024  
V turnus  26.08 – 30.08.2024

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis organizatora

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka.....
2. Rok urodzenia dziecka .....

3. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

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

4. Adres zamieszkania dziecka .....
5. Imiona i nazwiska rodziców oraz numer kontaktowy

..... tel.....  
..... tel .....

W razie potrzeby imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby wskazanej do kontaktu w czasie trwania turnusu

..... tel .....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców.....

7. Informacja 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 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)

9. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku)

---

**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 MIEJSCA WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał w Kórnickim Centrum Rekreacji i Sportu OAZA, ul. Krasickiego 1, 62-035 Kórnik

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**

.....  
.....

.....  
Data

.....  
Podpis wychowawcy wypoczynku