



ActiveWay Adam Mikołajewski,  
ul. Suchanka 3/10, 80-772 Gdańsk  
NIP: 583 283 03 64, www.activeway.pl/obozy

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W FORMIE OBOZU LATO 2022

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Termin wypoczynku..... –.....  
obóz.....
2. Adres miejsca wypoczynku:  
.....
3. Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym  
.....
4. Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą:  
.....  
.....  
(miejsowość, data, podpis organizatora wypoczynku)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Nazwisko i imię uczestnika:  
.....
2. Data urodzenia uczestnika: .....  
Numer pesel: .....
3. Uczeń/Absolwent klasy.....
4. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego:  
..... tel.: .....
- Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego:  
..... tel.: .....
- adres e-mail rodziców/opiekunów dziecka.....
5. adres zamieszkania uczestnika:  
.....
6. adres zamieszkania lub pobytu rodziców/opiekunów prawnych:  
.....

Wyrażam zgodę na wyjazd mojego Dziecka na wyżej wymieniony obóz i jego udział we wszystkich przewidzianych programem zajęciach zawartych w katalogu lub na stronie internetowej www.obozy.activeway.pl  
Oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się z Warunkami Uczestnictwa, Wzorem Umowy, programem imprezy, Regulaminem oraz ofertą zawartą w katalogu lub na stronie www.obozy.activeway.pl i je akceptuję.

.....  
(data, podpis rodzica/ opiekuna)

Zakwaterowanie z:

.....  
(zgłoszenie przyjmujemy nie później niż na dwa tygodnie przed rozpoczęciem obozu, decyduje kolejność zgłoszeń)

### III. ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Czy dziecko jest uczulone? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
Alergeny.....  
Objawy alergii.....
2. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę lub jest w trakcie diagnozowania? TAK-dziecko choruje, TAK-dziecko jest diagnozowane, NIE (niepotrzebne skreślić)  
Choroba:.....  
Symptomy.....
3. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
Kiedy i z jakiego powodu.....
4. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
Przyczyna.....  
Nazwa i dawka leku.....
5. Inne ważne informacje na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i diety dziecka:.....  
.....  
.....

ActiveWay Adam Mikołajewski,  
ul. Suchanka 3/10, 80-772 Gdańsk, NIP: 583 283 03 64  
Adam Mikołajewski tel. 504 180 777



6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

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

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

tężec:..... błonica:..... dur:.....  
inne: .....

Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w czasie pobytu dziecka na obozie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (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 rodzica/ opiekuna)

IV. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się:

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę
- odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu:

.....  
.....

.....  
(data, podpis organizatora wycieczki)

V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU  
Uczestnik przebywał pod adresem wymienionym w punkcie I.2. karty kwalifikacyjnej

w terminie wymienionym w punkcie I.1. karty kwalifikacyjnej  
w innym terminie (od dnia .....do dnia.....)

.....  
( data, podpis kierownika wycieczki)

VI. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE  
zgodnie z zapisami z zeszytu medycznego prowadzonego dla turnusu  
inne.....

.....  
(miejscowość, data, podpis kierownika wycieczki)

VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU  
bez zastrzeżeń  
dodatkowe informacje:

.....  
.....

.....  
(miejscowość, data, podpis wychowawcy wycieczki)