

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU :

1. Nazwa organizatora : AKTYWNY DZIECIAK M i M Zawisłak Sp. jawna,  
Adres : ul. Głębocka 115 m 37, 03-287 Warszawa  
Koncesja Organizatora Turystyki nr : 2180, KRS : 0000770540
2. Forma wycieczki: Obóz Rekreacyjno-Sportowy
3. Nazwa placówki : Hotel \*\*\* Sanvit Lake Resort & Spa
4. Adres placówki: Okuninka X/10, 22-232 Okuninka
5. Czas trwania:  
- 22.06.2019 r. do 01.07.2019 r. – I turnus (proszę zaznaczyć właściwy)  
- 01.07.2019 r. do 10.07.2019 r. – II turnus (proszę zaznaczyć właściwy)

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis organizatora wycieczki)

---

## II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka .....
  2. Data urodzenia .....
  3. Adres zamieszkania ..... tel .....
  4. Nazwa i adres szkoły ..... klasa .....
- Oświadczam, że znane są Nam : Warunki uczestnictwa oraz regulamin obozów sportowych organizatora : AKTYWNY DZIECIAK.

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

---

## III. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie ksero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień  
Szczepienia ochronne (podać rok): tężec .....

błonica ....., dur ....., inne .....

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica lub pielęgniarki)

---

## IV. INFORMACJA O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....  
(data)

.....  
(podpis wychowawcy lub rodzica, opiekuna)

---

#### V. INFORMACJA RODZICA, OPIEKUNA O ZDROWIU DZIECKA

Wyrażam zgodę na udział ..... w obozie rekreacyjno-sportowym w Okunince 2019. Jednocześnie, oświadczam iż moje Dziecko nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w w/w obozie rekreacyjno-sportowym.

UWAGI.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica, opiekuna)

---

#### VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....  
.....  
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia ..... do dnia ..... 2019 r.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

---

#### VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.) .....

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

---

#### VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)

