# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**
   1. Forma wypoczynku1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ~~kolonia~~ |  |
|  | ~~zimowisko~~ |
|  | ~~obóz~~ |
|  | ~~biwak~~ |
| **⌧** | półkolonia |
|  | ~~inna forma wypoczynku~~ |  |
|  |  |  |

* 1. Termin wypoczynku: **26.06. – 30.06.2023 03.07. – 07.07.2023** *(proszę zaznaczyć właściwy turnus)*
  2. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:

**Centrum Kultury i Biblioteka Publiczna Gminy Suchy Las, ul. Szkolna 16, 62-002 Suchy Las**

* 1. Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym2): **nie dotycz**y

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą: **nie dotyczy**

**Suchy Las, 22.05.2023** **CKiBP Gminy Suchy Las/ KS Akro Fly**

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

# INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

* 1. Imię (imiona) i nazwisko…………………………………………………………………..………….…………..
  2. Imiona i nazwiska rodziców:

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

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

* 1. Rok urodzenia ………………………………………………………………………….……………………….

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

* 1. Numer PESEL uczestnika wypoczynku
  2. Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………..………………………..
  3. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców3)

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

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

* 1. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku ………………………………………………………….…………

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

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

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

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

* 1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

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

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

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

* 1. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (*np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary*)

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

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

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

oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z **podaniem roku** lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec ………………………………………………………………………………………………………………… błonica ...……………………………………………………………………………………………………….…… inne …………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

***(data***) (***podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku***)