

**F. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

<i>Data i podpis kierownika wypoczynku</i>	

**G. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

<i>Data i podpis wychowawcy wypoczynku</i>	



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA**  
 Dni Skupienia Formacji Apostolskiej  
 Grupy Apostolskie - Ruch Apostolstwa Młodzieży  
 Archidiecezji Krakowskiej

31-007 Kraków, ul. Wiślna 12/7  
 tel. 12 628 82 29

biuro@grupyapostolskie.pl  
 grupyapostolskie.pl

**A. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU** *(wypełnia Organizator)*

<b>Forma wypoczynku</b>	
<b>Adres ośrodka</b>	
<b>Turnus (termin)</b>	

**B. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

*(Prosimy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)*

<b>Imię i Nazwisko</b>										
<b>Imiona i nazwiska rodziców</b>										
<b>Rok urodzenia</b>							<b>Klasa</b>		<b>Wiek</b>	
<b>PESEL</b>										
<b>Adres zamieszkania</b>										
<b>Adres zamieszkania lub pobytu rodziców</b>										
<b>Parafia zamieszkania</b> <i>(wezwanie, miejscowość)</i>										
<b>Telefon</b> <i>(do rodziców, opiekunów, osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika)</i>										
<b>Adres e-mail</b>										

### C. OŚWIADCZENIA RODZICÓW

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

2. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (czy dziecko jest uczulone, jak znosi jadę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary):

3. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawieni książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień załączone do niniejszej karty):

- tężec .....
- błonica .....
- dur .....
- inne .....

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.).

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

\_\_\_\_\_  
Podpis Rodziców/opiekunów prawnego

### D. DECYZJA ORGANIZATORA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA

WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W DNIACH SKUPIENIA (wypełnia Organizator)

Postanawia się	<input type="checkbox"/>	zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę	<i>Pieczęć i podpis organizatora</i>
	<input type="checkbox"/>	odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu:	
		.....	
		.....	

### E. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA

WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU (wypełnia Kierownik Wycieczki)

Uczestnik przebywał w .....

na wycieczce od dnia ..... do dnia .....

\_\_\_\_\_  
*Data i podpis kierownika wycieczki*