**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA ZAJĘĆ**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAJĘĆ**

* Forma wypoczynku – zajęcia wakacyjne
* Organizator: Miejsko-Gminny Ośrodek Kultury im. Katarzyny Sobczyk w Tyczynie, ul. Mickiewicza 1, 36-020 Tyczyn
* Termin - I turnus 27.06 i 28.06 , 30.06 i 1.07, II turnus 4.07 i 5 .07, 7.07 i 8.07
* Adres DL Hermanowa, Hermanowa 225/DL Kielnarowa, Kielnarowa 57A /DL Borek Stary, Borek Stary 84 ⁕

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora)

⁕ właściwe należy podkreślić

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA ZAJĘĆ**

1. Imię (imiona) i nazwisko

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

2. Imiona i nazwiska rodziców …………………………………………………………………………………………………

3. Rok urodzenia

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

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

……………………………………………………………………………………………….

5. Adres zamieszkania

…………………………………………………………………………….………..

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

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

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

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

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

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

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

9. 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 rodzica/opiekuna)