**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA ZAJĘĆ FERYJNYCH**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAJĘĆ FERYJNYCH**

* Forma wypoczynku – zajęcia feryjne
* Organizator: Miejsko-Gminny Ośrodek Kultury im. Katarzyny Sobczyk w Tyczynie, ul. Mickiewicza 1, 36-020 Tyczyn
* Termin wypoczynku - 23, 24, 26, 27.01.2023 r.
* Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku – Miejsko-Gminny Ośrodek Kultury   
  im. K. Sobczyk w Tyczynie ul. Mickiewicza 1/ DL Hermanowa

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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 stałe 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)

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

Postanawia się:

 zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

 odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu ................................................................................................................................................................

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

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

**IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał ...........................................................................................................(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) .......................................

do dnia (dzień, miesiąc, rok) . . ...................................

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

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

**V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

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

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

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

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

.(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)