



Biuro Podróży PARTNER BPO
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Sp.K.
Al. Piłsudskiego 92 41-308 Dąbrowa Górnicza
tel. 32 792 86 05; 792 86 06
fax 32 794 60 07
www.bppartner.com.pl



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki
2. Miejscowość / Kraj / Adres
3. Czas trwania wycieczki od do

II. INFORMACJĘ DOTYCZĄCĄ UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia **PESEL**
3. Adres zamieszkania telefon
4. Nazwa i adres szkoły klasa
5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów), adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce:
- telefon

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

INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA, ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNYM I STOSOWANEJ DZIECIE (np. na co dziecko jest uczulone, informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych wynikających z niepełnosprawności lub niedostosowania społecznego, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....
.....
.....
Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wycieczki.

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

INFORMACJA O SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec błonica, dur,
inne

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

III. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

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

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.).

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

IV. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

- 1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
- 2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

.....
.....

.....
(data, podpis)

V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU DZIECKA NA MIEJSCU WYPOCZYNKU:

Uczestnik przebywał na
(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia do dnia 20 r.

.....
(data, podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE KIEROWNIKA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku lub kierownika wypoczynku)

VII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data, podpis wychowawcy-instruktora)