

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku<sup>1)</sup>

☐  
☒  
☐  
☐  
☐  
☐

kolonia

zimowisko

obóz

biwak

półkolonia

inna forma wypoczynku

(proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku ..... – .....

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym<sup>2)</sup>

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą .....

ZWIĄZEK ZAWODOWY ROLNICTWA  
"SAMOOBRONA"  
Al. Jerozolimskie 11/19 lok. 14  
00-508 Warszawa  
NIP: 526 278 38 62  
tel./fax 22/609-32-90

PRZEWODNICZĄCY  
ZZR "SAMOOBRONA"

Lech Kuśpawski

(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<sup>3)</sup>

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

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

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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):

tęzec .....

blonica .....

inne .....

.....  
(data)

.....  
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

### III. DECYZJA ORGANIZATORA WYCIECZKI O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYCIECZKI DO UDZIAŁU W WYCIECZCE

Postanawia się<sup>1)</sup>:

- ☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę  
☐ odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu .....

.....  
(data)

PRZEWODNICZĄCY  
ZZR "SAMO OBRONA"  
(podpis organizatora wycieczki)  
*Lech Kuropatwiński*

Stowarzyszenie "SAMO OBRONA"  
ul. Jerozolimskie 11/19 lok. 14  
00-503 Warszawa  
NIP 520 278 38 82  
tel./fax 22/629-32-90

---

**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 CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)

---

**VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy wypoczynku)

---

<sup>1)</sup> Właściwie zaznaczyć znakiem „X”.

<sup>2)</sup> W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

<sup>3)</sup> W przypadku uczestnika niepełnoletniego.