

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU.

1. Forma wypoczynku: **Kolonia letnia w Sudetach + Czechy**
2. Termin wypoczynku: **17 –26 lipca 2025 roku**
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku:  
**Dom Wczasowy Zielona Gospoda**  
Dolina Czerwienia 11 , 58-562 Przesieka [www.zielonagospoda.pl](http://www.zielonagospoda.pl)



Konin, 01.12.2024 roku

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU.

1. Imię (imiona) i nazwisko: .....

2. Data urodzenia:

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

3. Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Miejsce urodzenia: .....

5. Adres zamieszkania: .....

6. Imię i nazwisko matki: ..... nr tel. ....

7. Imię i nazwisko ojca: ..... nr tel. ....

8. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców: .....

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

10. Informacje o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku (należy wpisać **TAK** lub **NIE**)

a) czy uczestnik jest uczulony? (jeżeli tak to na co?).....

b) czy źle znosi jazdę samochodem? (jeżeli tak to czy bierze leki?).....

c) czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary? .....

d) czy musi stosować specjalną dietę (jeżeli tak to jaką?).....

e) czy choruje przewlekłe? (jeżeli tak to na co?) .....

f) czy ma problemy z układem ruchu? .....

g) czy przyjmuje stale leki? (jeśli tak to jakie i w jakich dawkach?).....

h) inne informacje .....

11. Szczepienia ochronne (należy podać rok):

Tężec:		Błonica:		COVID-19		inne:		
						inne:		

.....  
(miejsowość, data)

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

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016r.) oraz Ustawy z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz.1000).*

.....  
(miejsowość, data)

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

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

---

## 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 na .....
- .....

Konin,

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

---

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

*Uczestnik przebywał na wypoczynku letnim „Kolonie letnia w Sudetach” w terminie od 17 lipca do 26 lipca 2025 roku.*

*Przesieka, 26.07.2025 roku*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

---

## V. INFORMACJE WYCHOWAWCY DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....  
*Przesieka, 26.07.2025 roku*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy)

---

## VI. INFORMACJE OD WYCHOWAWCY DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....  
*Przesieka, 26.07.2025 roku*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy)

---

## VII. ORGANIZATOR WYPOCZYNKU



**Daria Walczykiewicz**

Adres firmy: 62-800 Kalisz ul. Tadeusza Kościuszki 8/5,

Adres korespondencji: 62-510 Konin, ul. Spółdzielców 48/49

NIP: 618-197-13-24 REGON: 300949048

Wpis do Ewidencji Działalności Gospodarczej dn. 29/09/2008, nr 33614/2008

Wpis do rejestru Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych Marszałka Województwa Wielkopolskiego nr 752

Nr konta bankowego: BNP Paribas / 93 1750 1383 0000 0000 2121 2202 /

**[www.kolonie-walczykiewicz.pl](http://www.kolonie-walczykiewicz.pl)**

---