

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

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy wypochnku)

**OŚWIADCZENIE**

- Zobowiązuje się do niezwłocznego – do 12 godzin odbioru dziecka z obozu w przypadku wystąpienia u dziecka niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności)
- Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w zajęciach tanecznych w czasie obozu, oraz na bezpośredni kontakt ze swoim partnerem tanecznym oraz trenerem podczas zajęć.
- Zdaje sobie sprawę, że nie ma gwarancji, iż udział w obozie organizowanym przez FHU PERFECT DANCE nie spowoduje zwiększenia ryzyka zakażenia koronawirusem i występowania choroby COVID-19.
- Mam świadomość, że ryzyko takie istnieje i że w/w choroba może prowadzić do ujemnych skutków dla mojego zdrowia i życia.
- Na wypadek zakażenia koronawirusem w trakcie trwania obozu lub dojazdu na obóz lub powrotu z obozu nie będę wnosił żadnych roszczeń wobec organizatorów obozu taneczno rekreacyjnego Murzasichle 11.08-20.08.2026r.

.....  
(miejsowość, data )

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

/pieczęć organizatora/

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypochnku: obóz taneczno – rekreacyjny
2. Termin wypochnku 11.08.2026 – 20.08.2026
3. Adres wypochnku, miejsce lokalizacji wypochnku:  
Ośrodek Wypochnkowy „**ZBÓJNIK**” ul. Sądejska 27a, 34-531 Murzasichle

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypochnku)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka .....
2. Imiona i nazwiska rodziców .....
3. Rok urodzenia dziecka .....
4. Adres zamieszkania .....
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie: .....
6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypochnku, w czasie trwania wypochnku .....

Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów wypochnku dziecka w wysokości:

-..... zł słownie ..... zł - **wypochnek nieodpłatny**

.....  
(miejsowość, data )

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

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

8. 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)

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec.....  
błonica.....  
dur.....  
inne.....

oraz numer PESEL uczestnika wycieczki

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

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 rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

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

Postanawia się/właściwie zaznaczyć znakiem/:

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

.....  
(data)

.....  
(podpis organizatora wycieczki)

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

Uczestnik przebywał (adres miejsca wycieczki).....

od dnia/dzień, miesiąc, rok/..... do dnia /dzień, miesiąc, rok/.....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika wycieczki)

### V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYCIECZKI O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYCIECZKI W CZASIE TRWANIA WYCIECZKI ORAZ O CHOROBY PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika wycieczki)