

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU****I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: \*1)

kolonia


zimowisko

**obóz**

biwak

półkolonia

inna forma wypoczynku .....

*(proszę podać formę)*2. Termin wypoczynku: **I turnus: 22.06-01.07.2024, II turnus: 01-10.07.2024, III turnus: 10-19.07.2024**3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku: **Hotel Sypniewo, Sypniewo 1, 64-830 Sypniewo**Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym \*2) : **Nie dotyczy**Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą: **Nie dotyczy**  
AB active Sp. z o.o.  
ul. Rządkiwki 7/2, 02-748 Warszawa  
NIP: 9512579290 REGON: 526578022  
KRS/0001061637

Warszawa 13.05.2024

(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 \*3)

.....

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 rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

---

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

Postanawia się: \*1)

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

.....  
.....

AB active Sp. z o.o.  
ul. Rzodkiewki 7/2, 02-748 Warszawa  
NIP: 9512579290 REGON: 526578022  
KRS: 0001061637

.....  
(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 CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....  
(miejsowość, data)

(podpis kierownika wypoczynku)

---

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

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

.....  
(miejsowość, data)

(podpis wychowawcy wypoczynku)

- 
- 1) Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.
  - 2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.
  - 3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego.