



Wypełniony oryginał karty (dwie strony) prosimy dostarczyć w dniu rozpoczęcia obozu

www.aventuras.pl / biuro@aventuras.pl / 509 711 285 / 509 414 512

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W FORMIE OBOZU

(Karta Kwalifikacyjna zgodnie z wytycznymi Kuratorium Oświaty)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Termin wypoczynku: 9.08.-15.08.2026 r.
2. Adres miejsca wypoczynku: Łęczeczki 1, 64-412 Chrzypsko Wielkie

Poznań, 28.07.2026 r.

Aleksandra Ciemnińska

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Nazwisko i imię uczestnika:.....
2. Data urodzenia (dd/mm/rrrr): ____ / ____ / ____
3. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego:.....
Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego:
Tel. matki/opiekuna:..... Tel. ojca/opiekuna:.....
Adres e-mail rodziców (podany podczas rezerwacji):.....
4. Adres zamieszkania uczestnika:
5. Adres zamieszkania lub przebywania rodziców/prawnych opiekunów (jeżeli jest inny niż dziecka):
.....
6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:
.....
.....
7. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie:
a) Czy dziecko jest uczulone? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)
Alergeny:.....
Objawy alergii / reakcja alergiczna:.....
.....
b) Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę lub jest w trakcie diagnozowania?
TAK, dziecko choruje TAK, dziecko jest diagnozowane NIE (niepotrzebne skreślić)
Choroba:.....
Objawy:.....

c) Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne w ostatnich 5 latach? TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)
Kiedy i z jakiego powodu?.....

d) Czy dziecko przyjmuje leki? TAK* NIE (niepotrzebne skreślić)

Powód:.....

Nazwa i dawka leku:.....

*Jeżeli tak, proszę dołączyć załącznik nr 1 dostępny w zakładce DOKUMENTY na www.aventuras.pl.

e) Inne ważne informacje na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i diety dziecka:
.....
.....

f) Informacja o szczepieniach ochronnych (proszę podać rok szczepienia lub dołączyć skan książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień) BŁONNICA i KRZTUSIEC oznaczenie w książeczkach zdrowia m.in. DTP, DTaP-IPV-Hib, DTaP-IPV-Hib-HBV, Tdap, Td) –zaznacz właściwe: zgodnie z kalendarzem szczepień / inne:rok

8. Numer PESEL uczestnika wypoczynku: _ _ _ _ _

Oświadczam, że podałem wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego mojego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w trakcie trwania obozu. Oświadczam jednocześnie, iż znane mi są warunki uczestnictwa dziecka w Aventuras Camp, program i regulamin.

W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Stwierdzam, że podałem (łam) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z obowiązującym prawem, w tym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”).

Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała dziecka oraz w razie konieczności przewóz samochodem osobowym.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/prawnych opiekunów)

III. DECYZJA ORGANIZATORA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się /właściwe zaznaczyć znakiem x/:

☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

Poznań, 9.08.2026 r.

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał pod adresem wymienionym w punkcie I.2. karty kwalifikacyjnej

- ☐ w terminie wymienionym w punkcie I.1. karty kwalifikacyjnej
- ☐ w innym terminie:.....

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

- ☐ zgodnie z zapisami z zeszytu medycznego prowadzonego dla turnusu
- ☐ inne.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

- ☐ bez zastrzeżeń
- ☐

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)