**KU AZS POLITECHNIKI OPOLSKIEJ**

#### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

(wypełnia organizator wypoczynku)

|  |
| --- |
| 1.Forma wypoczynku: **obóz sportowo - rekreacyjny** |
| 2. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji (lub trasa jeśli ma on charakter wędrowny):  Cały obóz odbywa się w  **Penzion Aqualand Poprad**  **Štefánikova 893, 058 01 Poprad-Spišská Sobota, Słowacja** |
| 3. Termin wypoczynku: **od 20 do 28 sierpnia 2024 roku** |
| ….............................................................. Opole 25.07.2024 r  podpis organizatora wypoczynku miejscowość, data |

#### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

(wypełniają rodzice)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika: | |
| 2. Data urodzenia uczestnika: | |
| 3. Numer PESEL uczestnika: | |
| 4. Adres zamieszkania uczestnika: | |
| 5. Dane obojga rodziców - w przypadku uczestnika niepełnoletniego.  (w przypadku uczestnika pełnoletniego wystarczy numer telefonu rodziców lub wskazanej osoby). | |
| I. Imię i nazwisko: | Telefon: |
| Adres | |
| II. Imię i nazwisko | Telefon: |
| Adres | |

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:

**7.1 Uczestnik zażywa stale leki (jakie? Podać nazwę, dawkowanie)**: ............................................. ...............................................................................................................................................................................................................................................

7.2 Uczestnik ma uczulenia/alergie: tak/nie (podać na co, oraz inne istotne informacje, np. nazwa leku): ......................................................................................................................................

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

7.3 (właściwe zakreślić kółkiem): Uczestnik nosi: okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, aparat/wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne aparaty (podać jakie): ................................................................................................................................................

7.4 Uczestnik korzysta ze specjalnej diety (podać szczegóły): ........................................................

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

7.5 Jazdę samochodem/pociągiem znosi dobrze/źle (zakreślić)

7.7 Inne uwagi o zdrowiu uczestnika, specjalnych potrzebach uczestnika: ..................................... ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

8. Informacje o szczepienia ochronnych (można też dołączyć czytelną kserokopię książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień – w takim wypadku proszę wstawić krzyżyk potwierdzający załączenie kserokopii: )

Podać rok szczepienia:

tężec: …...........…...…..……., błonica: ….............…..….………, dur: …............…....…………,

inne: ………………..................................................………………………………………………

NIE WYMAGANE ALE WARTO PODAĆ ROK SZCZEPIENIA DLA:

Polio: …….......……., BCG: ……......………., WZW: …….....….……., ospa: ……......……….,

9. PONIŻSZE INFORMACJE NIE SĄ WYMAGANE LECZ ZALECA SIĘ JE PODAĆ:

W ostatnim roku uczestnik przebywał w szpitalu: tak/nie (zakreślić, jeżeli "tak" - podać powód) ...........................................................................................................................................................

Przebyte choroby (zakreślić i/lub podać rok): odra: ..............., różyczka: ..............., ospa wietrzna: ................, szkarlatyna: ..............., żółtaczka zakaźna: .............., świnka: ..............., choroby nerek (jakie? wzw?) .........................................................................................................., choroba reumatyczna: ..............., astma: ................., padaczka: ..............., inne przebyte ważne choroby: ............................................................................................................................................

(właściwe zakreślić kółkiem): U uczestnika występowały w ostatnim roku lub występują obecnie: drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienia z nosa, przewlekający się kaszel (lub katar, anginy), duszność, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jąkania, inne.............................................................................................

Grupa krwi uczestnika:…………………

**W razie zagrożenia życia uczestnika zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.**

Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu uczestnika na formie wypoczynku.

Jeśli uczestnik przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam uczestnika   
w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wypoczynku.

ZOBOWIĄZANIE OPIEKUNÓW PRAWNYCH W PRZYPADKU WYJAZDU DZIECKA

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego syna / córki w obozie sportowo-rekreacyjnym, akceptuję jego program oraz regulamin. Jednocześnie wyrażam zgodę na fotografowanie i filmowanie mojego dziecka podczas obozu i używanie zdjęć dla potrzeb Klubu (ustawa z dnia 29.08.1997 Dz.U. nr 133 poz.883).

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 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów wypoczynku uczestnika

# 

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

miejscowość, data podpisy obojga rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku

**III. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

(wypełnia organizator wypoczynku)

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnik na wypoczynek/ Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu (niepotrzebne skreślić):

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

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

data podpis organizatora

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

(wypełnia kierownik wypoczynku)

Uczestnik przebywał (podać adres miejsca wypoczynku):

**Cały obóz odbywa się w miejscowości Poprad (Słowacja) i okolicach**

od dnia 20/08/2024. do dnia 28/08/2024 r.

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

data podpis kierownika wypoczynku

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

**(**wypełnia kierownik wypoczynku)

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

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

miejscowość, data podpis kierownika wypoczynku

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

(wypełnia wychowawca wypoczynku)

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

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

miejscowość, data podpis wychowawcy