**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

Projekt pod nazwą „RAZEM mamy MOC – czynimy poMOC” realizowany przez Gminę Skoczów/Ośrodek Pomocy Społecznej
w Skoczowie, finansowany przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w ramach Programu „Razem Możemy Więcej – Pierwsza Edycja Programu Aktywizacyjnego dla Cudzoziemców na lata 2022 – 2023”

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku 1)

 kolonia  zimowisko  obóz  biwak  półkolonia  inna forma wypoczynku ……………………………………………… *(proszę podać formę)*

2. Termin wypoczynku ……………………….. - …………………………………

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym 2)

……………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………….

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą ……………………………………………………

……………………………………… ………………………………………. (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 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 …………………………………………………………………………………………………………………….

inne ………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………… ……………………………………….............. (data) (podpisy rodziców / opiekunów prawnych 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

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………. ………………………………………. (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 CHOROBACH PRZEBYTYCH
W JEGO TRAKCIE**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………….. ………………………………………. (miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

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

…………………………………….. ………………………………………. (miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

1) Właściwie zaznaczyć znakiem „X”.

2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.

3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego