

# GOSPODARSTWO AGROTURYSTYCZNE STAJNIA PASJA POPÓW.

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku:  
WAKACJE W SIODLE
2. Termin wypoczynku ..... - .....
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku .  
POPÓW 27, 99-235 PĘCZNIEW WOJ.ŁODZKIE

POPÓW

ANNA MOTYLEWSKA

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
  2. Imiona i nazwiska rodziców .....
  3. Rok urodzenia .....
  4. Adres zamieszkania .....
  5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców.....
  6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku .....
  7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym .....
  8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym, czy na coś choruje i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale 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)

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości.....

OŚWIADCZAM , IŻ DZIECKO NIE MA ŻADNYCH PRZECIWWSKAZAŃ LEKARSKICH DO UPRAWIANIA JAZDY KONNEJ, A TAKŻE NIE POSIADA PRZECIWWSKAZAŃ DO UPRAWIANIA INNYCH AKTYWNOŚCI FIZYCZNYCH. POTWIERDZAM, ŻE ZDAJĘ SOBIE SPRAWĘ Z RYZYKA I KONSEKWENCJI ZWIĄZANYCH Z JEŹDZIECTWEM. WYRAŻAM ZGODĘ NA UPRAWIANIE JAZDY KONNEJ PRZEZ MOJE DZIECKO PODCZAS WYPOCZYNKU.

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU, A W RAZIE ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE, PODAWANIE LEKÓW I INNE CZYNNOŚCI ZLECONE PRZEZ LEKARZA.

.....  
(data)

.....  
(podpis rodziców/ pełnoletniego uczestnika wycieczki)