**KARTA KWALIFIKACYJNA WKK CAMP 2023 lato**

1. **INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**
2. Forma wypoczynku : Zgrupowanie sportowe
3. Adres: WKK Sport Center,ul. Czajcza 19, 51-422 Wrocław
4. Czas trwania wypoczynku : I turnus 02 – 07.07.2023r. / II turnus 16.07 – 21.07.2023

…………………………………….… ………………………………………..

data, miejscowość podpis organizatora

1. **WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE NA WYPOCZYNEK**
2. Imię i nazwisko dziecka : ……………………………………………………………………………….
3. Data urodzenia dziecka : …………………………………… PESEL : ………………………………….
4. Adres zamieszkania : …………………………………………………………………………………….
5. Telefony do rodziców ( opiekunów ) : ………………………………, ……………………………
6. Adres e-mail do kontaktu: ……………………………………………………………………………….
7. Nazwa i adres szkoły oraz klasa : ……………………………………………………………………………………….
8. Adres rodziców lub opiekunów dziecka podczas pobytu dziecka na wypoczynku :

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

**Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka oraz ewentualnych zniszczeń dokonanych przez podopiecznego.**

…………………………………….… ………………………………………..

data, miejscowość podpis rodziców ( opiekunów )

1. **INFORMACJA RODZICÓW ( OPIEKUNÓW ) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

( np. czy dziecko jest na coś uczulone, jak znosi jazdę autobusem, czy przyjmuje na stałe leki, w jakich dawkach, czy nosi okulary, aparat ortodontyczny, etc. )

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

**Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku.**

…………………………………………….………………….

podpis rodziców ( opiekunów )

1. **INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

**lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnymi wpisami.**

Szczepienia ochronne ( podać rok ) : tężec ………………, błonica ………..….…., dur ……………..…., inne …………………………………………………………….…………..

……………………………………………

Podpis lekarza lub rodzica ( opiekuna ).

1. **INFORMACJA WYCHOWAWCY SZKOLNEGO O DZIECKU ( w przypadku braku takiej możliwości wypełnia rodzic lub opiekun )**

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

……………………………………………………..

Podpis osoby składającej informację

1. **DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA ( niepotrzebne skreślić )**
2. Zakwalifikować na wypoczynek
3. Odmówić zakwalifikowania z powodu : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………… …………………………………………

Miejscowość, data podpis organizatora wypoczynku

1. **POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na wypoczynku od ………………….do …………………..

…………………………………. …………………………………………….

Miejscowość, data czytelny podpis kierownika wypoczynku

1. **INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ( dane na temat zachorowania, urazów, leczenia )**

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

**Organizator informuje rodziców (opiekunów) o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.**

**…**................................. ……………………………………..

Miejscowość, data podpis lekarza lub pielęgniarki

1. **UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY PODCZAS WYPOCZYNKU.**

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

………………………. …………………………..

Miejscowość, data czytelny podpis wychowawcy

1. **POBYT W HOTELU (TAK/NIE)**
2. **ROZMIAR KOSZULKI:**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w częściach II, III, IV, VII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka**

……………………………….. ……………………………………

Data czytelny podpis rodzica ( opiekuna )

DANE DO PRZELEWU:  
Wrocławski Klub Koszykówki, nr konta 78 1750 1064 0000 0000 2378 9752.  
Tytuł przelewu: WKK CAMP lato 2023, turnus 1 lub 2, Imię i nazwisko

KONTAKT:  
Dominik Raróg tel.570 240 686   
e-mail: dominik.rarog@wkk.org.pl