

KARTA KWALIFIKACYJNA WKK CAMP 2025 lato



I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku : Zgrupowanie sportowe
2. Adres: WKK Sport Center, ul. Czajcza 19, 51-422 Wrocław
3. Czas trwania wypoczynku (podkreślić wybrany):
I turnus: 20.07 - 25.07.2025
II turnus: 27.07 - 01.08.2025

.....
data, miejscowość

.....
podpis organizatora

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka :
2. Data urodzenia dziecka : PESEL :
3. Adres zamieszkania :
4. Telefony do rodziców (opiekunów) :,
5. Adres e-mail do kontaktu:
6. Nazwa i adres szkoły oraz klasa :
7. 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)

III. 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)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnymi wpisami.

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

.....
Podpis lekarza lub rodzica (opiekuna).

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

.....
.....

.....
Podpis osoby składającej informację

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA (niepotrzebne skreślić)

1. Zakwalifikować na wypoczynek
2. Odmówić zakwalifikowania z powodu :

.....

.....
Miejscowość, data

.....
podpis organizatora wypoczynku

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na wypoczynku oddo

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis kierownika wypoczynku

VIII. 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

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY PODCZAS WYPOCZYNKU.

.....
.....

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis wychowawcy

X. POBYT W HOTELU (TAK/NIE)

XI. 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 2025, turnus 1, 2, Imię i nazwisko

KONTAKT:

Dominik Raróg tel.570 240 686

e-mail: dominik.rarog@wkk.org.pl