

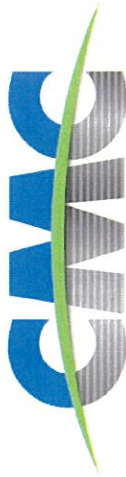
KARTA

UCZESTNIKA



LATO w Mieście 2025

POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU	
Uczestnik przebywał na Akcji Lato w Mieście 2025, w terminie	
Miejscowość, data, Podpis Kierownika Wypoczynku	
INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE	
Miejscowość, data, Podpis Kierownika Uczestnika	
INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU	
Miejscowość, data, Podpis Wychowawcy Uczestnika	



KARTA

UCZESTNIKA



LATO w Mieście 2025

DANE WYPOCZYNKU			
PÓLKOLONIE „LATO W MIEŚCIE”	CMC Putex Sp. z o.o. 42-400 Zawiercie, ul. Paderewskiego 61	☐ 04 – 08.08.2025 ☐ 11 – 15.08.2025	OSIR II Zawiercie, ul. Blanowska 40
FORMA WYPOCZYNKU	ORGANIZATOR	TERMIN	MIEJSCE ZBIÓRKI
DANE UCZESTNIKA			
IMIĘ		NAZWISKO	
DATA URODZENIA		NR PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA			
ADRES ZAMIESZKANIA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW			
IMIĘ MATKI / OPIEKUNA		TELEFON	
IMIĘ OJCA / OPIEKUNA		TELEFON	
ADRES ZAKŁADU PRACY MATKI			
ADRES ZAKŁADU PRACY OJCA			
DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA. POSTANAWIA SIĘ:			
☐ ZAKWALIFIKOWAĆ I SKIEROWAĆ UCZESTNIKA NA WYPOCZYNEK			
☐ ODMÓWIĆ SKIEROWANIA UCZESTNIKA NA WYPOCZYNEK ZE WZGLĘDU:			
DATA		PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU	



INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNIKU – WYPEŁNIA RODZIC / PRAWNY OPIEKUN

Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jadło samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny, słuchowy lub okulary)

Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka [podkreślić]:

Omdlenia, częste bóle głowy, dławki z utratą przytomności, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, moczenie nocy, inne:

Przebyte choroby [podać w którym roku]

Złotaćka zakazna Dur brzuszny Bionnica Choroby zakaźne Zapalenie nerek Zapalenie wyrostka Zapalenie ucha Anginy Cukrzyca Padaczka

Inne:

* Jak dziecko znosi jadło samochodem? [podkreślić]:

ŹLE

ŚREDNIO

DOBRCZE



Oświadczenia Rodziców / Prawnych Opiekunów

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych zabiegów lub operacji w stacjach zagrożających życiu lub zdrowiu mojego dziecka

Miejscowość, data, Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna
Zapoznałem się z programem Akcji i wyrażam zgodę na jego realizację przez dziecko.

Miejscowość, data, Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna
Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka do domu z akcji „Lato/Zima w Mieście CMC” w terminie niniejszego turnusu.

Miejscowość, data, Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna
UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECI

IMIE I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ PESEL

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji

Data:

Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna