

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJE O ORGANIZATORZE

1. **Organizator:** Fundacja Marcina Walińskiego
2. **Forma wypoczynku:** Półkolonie Siatkarskie
3. **Termin:** 6-10.07.2026 r.
4. **Miejsce:** Hala Widowiskowo-Sportowa, Stefana Żeromskiego 29, 64-980 Trzcianka

Waliński Marcin

---

*(Tę część wypełniają rodzice/opiekunowie)*

## II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. **Imię i nazwisko dziecka:**

.....

2. **Data urodzenia:** .....

3. **PESEL:** .....

4. **Adres zamieszkania:**

.....  
.....

5. **Szkoła i klasa:**

.....  
.....

6. **Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów:**

.....

7. **Telefon kontaktowy (OBOWIĄZKOWY):**

Mama: ..... Tata: .....

---

### III. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA (Wypełnia rodzic)

1. **Choroby przewlekłe / Uczulenia (np. na leki, jedzenie):**

.....  
.....  
(jeśli brak, wpisać "BRAK")

2. **Inne uwagi dotyczące zdrowia (np. przyjmowane leki, kontuzje):**

.....  
.....

3. **Szczepienia ochronne (rok ostatniego szczepienia na tężec):**

.....

4. **Dieta (np. wegetariańska, bezglutenowa):**

.....  
.....

Stwierdzam, że podałem/am prawdziwe informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka.

(Data i czytelny podpis rodzica)

.....

---

### IV. OŚWIADCZENIA I ZGODY

Jako rodzic/opiekun prawny uczestnika:

1.  **REGULAMIN:** Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Półkolonii oraz procedurami bezpieczeństwa i w pełni je akceptuję. Zobowiązuję dziecko do ich przestrzegania.
2.  **WIZERUNEK (Sponsorzy/Social Media):** Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie i publikację wizerunku mojego dziecka (zdjęcia, filmy) przez Fundację Marcina Walińskiego w celach promocyjnych (m.in. Facebook, Instagram, strona www, materiały dla Sponsorów).

3.  **LECZENIE:** W przypadku zagrożenia życia lub zdrowia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje.
4.  **POWRÓT (Zaznaczyć właściwe):**
- o  Oświadczam, że będę odbierać dziecko osobiście (lub zrobi to osoba upoważniona pisemnie).
  - o  Wyrażam zgodę na **SAMODZIELNY powrót** dziecka do domu po zakończeniu zajęć (Dotyczy tylko dzieci powyżej 10 roku życia).

*(Data i czytelny podpis rodzica)*

.....

---

*(Tę część wypełnia Wychowawca/Kierownik – NIE RODZIC)*

## **V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w wycieczce w grupie:

**KIDS** /  **JUNIOR** /  **PRO**

2. Odmówić skierowania dziecka z powodu:

.....  
.....

*(Data i podpis Kierownika/Wychowawcy) .....*