

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Organizator: MARGO TRAVEL MAŁGORZATA HAŁUSZCZAK SOWA  
Ul. Mydlana 1, 50 – 502 Wrocław, nip : 8961030785  
71 792 17 63    www.margotravel.com.pl

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki : obóz językowy
2. Termin wycieczki ( uzupełnia rodzic ) : .....
3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki : HOTEL ANTHISA Via Castrocaro, 14 - 48125 Lido di Savio (RA)            Telefon: +39 0544 500678            info@hotelanthisa.it

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis organizatora wycieczki)

---

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko .....
2. Imiona i nazwiska rodziców  
.....  
.....
3. Rok urodzenia .....
4. Adres zamieszkania .....
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (w przypadku uczestnika niepełnosprawnego)  
.....
6. Numer telefonu  
Rodzice ( imię i nazwisko, tel. kontaktowy)  
Ojciec .....
- Matka .....
7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym  
.....  
.....  
.....
8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**OŚWIADCZAM ŻE MOJE DZIECKO WYMAGA SPECALNEJ DIETY ( właściwe zakreślić kółkiem )**

TAK

NIE

Na co jest uczulone :

**UPOWAŻNIENIE DO PODANIA LEKÓW**

Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku leków (przeciwbólowych, przeciwgorączkowych tak jak np.: IBUPROM, NUROFEN, APAP i leków pochodnych) w doraźnych przypadkach po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu z rodzicem, bądź lekarstw stałych\* jeżeli dziecko takie przyjmuje:  
(nazwa leku, sposób podania, dawkowanie).

.....  
.....  
.....

**DZIECKO JEST UCZULONE NA LEKI - JEŚLI TAK JAKIE :**

.....  
.....

(data) .....

(podpis Rodzica)

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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000.) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( RODO)

Wyrażam zgodę na wyjazd mojego dziecka poza granice Polski , akceptuję warunki uczestnictwa oraz, że nie występują żadne przeciwwskazania zdrowotne do udziału w obozie.

.....

(data)

.....

(podpis Rodziców uczestnika wycieczki)

UPOWAZNIAM DO ODBIORU DZIECKA NASTĘPUJACE OSOBY , IMIE + NAZWISKO, NUMER I SERIA DOKUMENTU , TELEFON, POWINOWADZTWO ( KIM JEST DLA DZIECKA )

1 ) .....

2) .....

3 ) .....

DATA I WYRAŻNY PODPIS RODZICÓW: