



OCHOTNICZA STRAŻ POŻARNA W CHOCZNI

ul. Główna 53; 34-123 Chocznia

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki:

- kolonia
 obóz
 biwak
 półkolonia
 inna forma wycieczki **Nie dotyczy.**

(proszę podać formę)

2. Termin wycieczki: **08 – 17 sierpień 2024 r.**

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki:

Ośrodek Kolonijno-Wczasowy Urszula
Ul. Słowiańska 14
76-153 Dąbówko

4. Trasa wycieczki o charakterze wędrownym) **Nie dotyczy.**

5. Nazwa kraju w przypadku wycieczki zorganizowanej za granicą. **Nie dotyczy**

PREZES
OSP Chocznia
Michał Burzyński

Chocznia, dnia 19.06.2024r.

(miejsce, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

.....

3. Rok urodzenia

4. Numer PESEL uczestnika wycieczki

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

5. Adres zamieszkania

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

.....

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki

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

NIP: 551-20-45-741

REGON: 070879207

KRS: 0000016659

e-mail: kontakt@ospchocznia.pl

www.ospchocznia.pl

tel. / fax.33 87 30 298

Naczelnik: 504 029 350

Prezes: 509 851 131



OCHOTNICZA STRAŻ POŻARNA W CHOCZNI

ul. Główna 53; 34-123 Choczni

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

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

tężec

błonica

inne

.....
.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Ochotniczą Straż Pożarną w Choczni zawartych w karcie kwalifikacyjnej, w zakresie organizacji i pobytu, w tym na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki oraz rozliczenia kolonii (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000)).

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYCIECZKI O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYCIECZKI DO UDZIAŁU W WYCIECZCE

Postanawia się:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę

odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....
.....
Choczni dn. 2024 r.
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

NIP: 551-20-45-741
REGON: 070879207
KRS: 0000016659

e-mail: kontakt@ospchoczni.pl
www.ospchoczni.pl

tel. / fax. 33 87 30 298
Naczelnik: 504 029 350
Prezes: 509 851 131



OCHOTNICZA STRAŻ POŻARNA W CHOCZNI

ul. Główna 53; 34-123 Choczni

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał : Ul. Słowiańska 14 , 76-153 Darłówko, Ośrodek Kolonijno-Wczasowy Urszula
(adres miejsca wypoczynku)
od dnia (dzień, miesiąc, rok) 08.08.2024 do dnia (dzień, miesiąc, rok)

Choczni 17.08.2024

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

NIP: 551-20-45-741
REGON: 070879207
KRS: 0000016659

e-mail: kontakt@ospchoczni.pl
www.ospchoczni.pl

tel. / fax.33 87 30 298
Naczelnik: 504 029 350
Prezes: 509 851 131