Organizator wypoczynku:
PSA Marcin Babuchowski
Ul. Skłodowskiej Curie 30, 90-570 Łódź
NIP: 725-184-38-05
Wpis do Rejestru Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych nr nr 390

Professional Swimming Academy

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1.Forma wypoczynku[1)]

fi kolonia
fi zimowisko
fi obóz
fi biwak
fi półkolonia
fi inna forma wypoczynku ……

(proszę podać formę)

1. Termin wypoczynku **23 – 25.10.2026 r.**

2. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Katowicka 20D, 96-200 Rawa Mazowiecka

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym[2)]
.....

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą ……

....
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko

……..……..

2. Imiona i nazwiska rodziców

……....

……

3. Rok urodzenia ……..…….

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

5. Adres zamieszkania ……..……..

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców[3)]

……..……...

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

……

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

……

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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)

……

……

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

tężec ……

błonica ..……

inne ……

……

....

(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się[1)]:

fi zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

fi odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....

.....

....

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIEPRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał .....

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ..... do dnia (dzień, miesiąc, rok) .....

....

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

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

……

……

....

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

....

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

[1] Właściwe zaznaczyć znakiem „X".
[2] W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.
[3] W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

DODATKOWE PYTANIA ORGANIZATORA

Prosimy nie zostawiać pustych miejsc! Jeżeli punkt nie dotyczy Państwa dziecka należy wpisać „NIE DOTYCZY"

Dokładamy wszelkich starań aby Państwa dzieci były w pełni zaopiekowane, dlatego też ważne jest dla nas posiadanie jak najszerszej informacji dotyczącej stanu ich zdrowia, indywidualnych zachowań, obaw i ewentualnego postępowania w przypadku jakichkolwiek dolegliwości.

1. **Dolegliwości, które występują u dziecka:** częste bóle głowy/brzucha/stawów, omdlenia, zaburzenia równowagi, wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, inne (jak często występują, Państwa postępowanie w danej sytuacji, stosowane leki, zachowanie dziecka, czy radzi sobie samodzielnie czy potrzebuje indywidualnej opieki)
   .....
   .....
2. Prosimy o odpowiedź **TAK/NIE** na poniższe pytania:
   a. Czy dziecko wyjeżdża po raz pierwszy samodzielnie?.....
   b. Czy dziecko może mieć problemy z aklimatyzacją? .....
   c. Czy dziecko ma problemy z samodzielnym spaniem? .....
   d. Czy u dziecka występuje lub jest podejrzewany Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)? Jeżeli TAK, prosimy o podanie możliwych zachowań i Państwa sposobów postępowania.....
   .....
   e. Czy u dziecka występuje lub jest podejrzewany Zespół Aspergera? Jeżeli TAK, prosimy o podanie możliwych zachowań i Państwa sposobów postępowania .....
   .....
   f. Czy dziecko choruje lub chorowało na choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe?.....
   g. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe (np. cukrzyca/padaczka)?.....
   .....
3. Czy dziecko jest uczulone? Jeżeli tak, prosimy podać jakich leków/pokarmów nie może przyjmować?..... …
   .....
4. Czy dziecko ma indywidualne potrzeby związane z zachowaniem diety? Jeżeli tak, wszystkie warunki i specyfikację diety prosimy o ustalenie z organizatorem od razu po dokonaniu rezerwacji wyłącznie drogą mailową na adres: info@psacademy.pl .....
   .....
5. Czy dziecko przyjmuje na stałe jakiekolwiek leki?.....
   .....

Dotyczy uczestników, którzy w trakcie obozu przyjmować będą leki (dotyczy to WSZYSTKICH leków przyjmowanych na stałe jak i doraźnie, np: na choroby przewlekłe, alergie, witaminy, suplementy diety, leki na przeziębienie i inne).

Zgodnie z zaleceniami Ministra Zdrowia Rodzice, którzy chcieliby, aby dziecko w trakcie trwania wypoczynku przyjmowało jakiekolwiek leki, zobowiązani są przedłożyć organizatorowi wypoczynku zaświadczenie lekarskie:

Organizator wypoczynku:
PSA Marcin Babuchowski
Ul. Skłodowskiej Curie 30, 90-570 Łódź
NIP: 725-184-38-05
Wpis do Rejestru Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych nr nr 390

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA/ZALECENIA LEKARSKIEGO (wypełnia lekarz)

Rozpoznanie choroby:.....
.....
Postępowanie z dzieckiem i realizacja stałych zleceń w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku: ……
.....
Postępowanie w przypadku nasilenia objawów choroby: .....
.....
Ewentualne ograniczenia i zalecenia dotyczące udziału dziecka w aktywnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych:
.....
Nazwa leku oraz dawkowanie.....
.....

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza

DZIECKO NIE MOŻE SAMODZIELNIE PRZYJMOWAĆ ŻADNYCH LEKÓW!

Dotyczy to również leków przeciwbólowych, przeciwalergicznych czy suplementów diety.
Wszystkie przekazywane opiekunom leki (na podstawie zlecenia lekarskiego) muszą znajdować się w oryginalnych opakowaniach oraz być opisane imieniem i nazwiskiem dziecka.

ZGODY I OŚWIADCZENIA

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych danych osobowych mojego dziecka przez Organizatora wypoczynku firmę PSA Marcin Babuchowski z siedzibą w Łodzi przy ul. Skłodowskiej-Curie 30, 90-570 w celu ochrony jego życia lub zdrowia w czasie trwania wypoczynku, przy okazji niezbędnych przygotowań do realizacji usługi oraz w celu rozpatrzenia ewentualnych reklamacji.
2. Wyrażam zgodę na zastosowanie ogólnodostępnych leków o działaniu objawowym sprzedawanych bez recepty lekarskiej np. leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, odkażające ranę/jamę ustną, krople o działaniu miejscowym, bandaże, opatrunki itp.
3. Wyrażam zgodę na dokonywanie przeglądu czystości skóry głowy dziecka i w razie konieczności na zastosowanie dostępnych w aptekach preparatów likwidujących pasożyty.
4. W przypadku konieczności sprawowania stałej opieki nad dzieckiem z powodu zachorowania, bądź konieczności umieszczenia go w szpitalu zobowiązuję się do przejęcia opieki nad dzieckiem w ciągu 24 godzin.
5. Oświadczam, że przekazany organizatorowi skan Karty Kwalifikacyjnej zgodny jest z posiadanym przeze mnie oryginałem.
6. Zobowiązuję się do aktualizacji informacji zawartej w niniejszej Karcie Kwalifikacyjnej z przypadku zmiany stanu zdrowia mojego dziecka lub zmiany innych istotnych informacji.
7. W razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.
8. Kod Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla mojego województwa:.....
9. Oświadczam, że podałam/łem wszystkie znane mi informacje dotyczące stanu zdrowia, możliwych zachowań oraz problemów wychowawczych dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki podczas wypoczynku.W przypadku konieczności sprawowania stałej i nadmiarowej opieki nad dzieckiem z powodu zachorowania, bądź konieczności umieszczenia go w szpitalu lub w sytuacji skrajnej, przejawiającej się trudnościami wychowawczymi uniemożliwiającymi bezpieczny pobyt dziecka lub współuczestników wyjazdu, zobowiązuję się do przejęcia opieki nad dzieckiem w ciągu 24 godzin. W przypadku braku możliwości odbioru dziecka we wskazanym terminie oświadczam, że poniosę dodatkowe i uzasadnione koszty opieki nad dzieckiem, które wskaże organizator.

Jednocześnie Organizator zapewnia, że dołoży wszelkich starań, aby dziecko jak najlepiej zaaklimatyzowało się podczas imprezy, aby bezpiecznie i komfortowo czuło się w grupie rówieśniczej. Ponadto Organizator w sytuacjach trudnych lub w przypadku kłopotów ze zdrowiem, zawsze pozostaje w kontakcie telefonicznym z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego