



**KARTA KWALIFIKACYJNA  
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU  
ŁAZY 2019**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU :**

1. Forma wypoczynku : KOLONIA REKREACYJNA
2. Adres : O.W. „BRYZA” ul. Wąska 2, 76-002 Łazy
3. Czas trwania wypoczynku: 15.07 - 27.07.2019r.

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU :**

1. Imię ( imiona) i nazwisko .....
2. Imiona i nazwiska rodziców .....
3. Rok urodzenia .....
4. Adres zamieszkania .....
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (w przypadku uczestnika niepełnoletniego):  
.....

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

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

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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 )  
.....  
.....

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

tęzec .....

błonica.....

dur.....

inne.....

oraz numer PESEL uczestnika : .....

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku ( zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz.U. z 2015r. poz 2135, z późn. zm.). Polkаты Travel sp. z o.o. jest administratorem danych.**

.....  
(data)

.....  
(podpis rodziców / opiekunów uczestnika wypoczynku)

**Zgoda rodziców (opiekunów prawnych) uczestnika nieletniego :**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w organizowanym przez Was kolonii.

Informuję, że dziecko posiada / nie posiada\* umiejętności pływania.

W razie zagrożenia zdrowia i życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje\*.

Stwierdzam że podałem(-am) wszystkie znane mi informacje o uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki nad dzieckiem\ w czasie trwania wypoczynku.

**\* niepotrzebne skreślić**

.....

(data)

.....

(podpis rodziców / opiekunów uczestnika wypoczynku)

**III. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

**Postanawia się:**

Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek \*

Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:.....\*

**\* niepotrzebne skreślić**

.....

(data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku wypoczynku)

**IV. POTWIERDZENIE PRZEZ 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 CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

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

.....

(data)

.....

(podpis kierownika wypoczynku)

**VI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

.....  
.....

.....

(data)

.....

(podpis wychowawcy wypoczynku)

**UWAGA! WYPEŁNIONĄ I PODPISANĄ KARTĘ KWALIFIKACYJNĄ** prosimy dostarczyć (pocztą lub osobiście) do biura na min. 14 dni przed wyjazdem uczestnika.

e-mail: [turystyka@polkaty.pl](mailto:turystyka@polkaty.pl)

**Umowę zgłoszenia** – prosimy przesłać bezpośrednio po dokonaniu rezerwacji.

**Polkаты Travel sp. z o.o., ul. 1 Maja 58, 55-080 Kąty Wrocławskie**

**BZ WBK 73 1090 2398 0000 0001 3363 2452**

Faktury wystawiamy na instytucje lub osoby wpłacające.

## OŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Po zbadaniu dziecka stwierdzam, że .....  
(imię i nazwisko uczestnika)

MOŻE BYĆ / NIE MOŻE BYĆ\*

uczestnikiem Kolonii w Łazach w terminie 15.07-27.07.2019r.

Zalecenia: .....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza

\*Niepotrzebne skreślić.

---

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na obowiązkowe przechowywanie telefonu komórkowego i/lub tableta  
..... w trakcie trwania kolonii przez wychowawcę lub kierownika kolonii.  
(imię i nazwisko uczestnika)

Dodatkowo wyrażam zgodę na udostępnianie go dziecku dwa razy dziennie po obiedzie i kolacji.

Kontakt z uczestnikami będzie możliwy przez cały dzień pod numerem telefonu kierownika kolonii.

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna



# UMOWA – ZGŁOSZENIE nr .....

pomiędzy Polkаты Travel sp. z o.o. ul. 1 Maja 58, 55-080 Kąty Wrocławskie

zwanym dalej Organizatorem a:

**IMIĘ I NAZWISKO** .....

Data i miejsce urodzenia .....

**PESEL** ..... **DOWÓD OSOBISTY**..... ważny do .....

Adres zamieszkania: **kod pocztowy** .....poczta .....

**ulica i nr domu** ..... **miejsowość** .....

**telefon kontaktowy** ..... adres e-mail .....

zwanym dalej Klientem.

**IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZANEJ** .....

**RODZAJ IMPREZY:** **KOLONIA W ŁAZACH** **TERMIN:** **15-27.07.2019r.**

Zakwaterowanie: **OW BRYZA W ŁAZACH** Wyżywienie: **3 POSIŁKI + PODWIECZOREK**

Ubezpieczenie: **SIGNAL IDUNA**, Transport: **AUTOKAR TURYSTYCZNY (TV, WC, KLIMATYZACJA)**

Miejsce wsiadania .....

Data wyjazdu **15.07.2019r.** godz. zbiórki ..... godz. wyjazdu .....

Inne ustalenia .....

Do zapłaty ..... Wpłata zaliczki / całości: kwota .....

Termin płatności II raty: kwota ..... data .....

Organizator zobowiązuje się do świadczenia w/w usługi turystycznej zgodnie z warunkami i programem ramowym, które stanowią integralną część niniejszej Umowy - Zgłoszenie. Klient podpisując Umowę – Zgłoszenie oświadcza, iż zapoznał się z Warunkami Uczestnictwa, programem, zakresem usługi świadczeń objętych w/w imprezie i przyjmuje je do wiadomości oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania. Jednocześnie uiszcza należność zgodną z cennikiem usługi i warunkami płatności. Osoba zgłaszająca odpowiada również za wynikające z Umowy – Zgłoszenie zobowiązania pozostałych zgłoszonych przez niego uczestników imprezy.

**Wyrażam / nie wyrażam\*** zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb firmy oraz przesyłanie na adres e-mailowy ofert kolejnych planowanych imprez turystycznych.

**Wyrażam / nie wyrażam\*** zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie zdjęć zrobionych podczas wyjazdu w celu umieszczenia ich na stronie internetowej Organizatora lub w innych materiałach promocyjnych.

**Wyrażam / nie wyrażam\*** zgodę na umieszczanie zdjęć z wizerunkiem osoby zgłaszanej na Facebooku - Polkаты Travel.

(\* niewłaściwe skreślić)

**BZ WBK: 73 1090 2398 0000 0001 3363 2452**

.....  
Data i miejscowość

.....  
podpis pracownika

.....  
podpis Klienta