



## „Camp With The Stars”

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: obóz
2. Termin wypoczynku: .....2023 r.
3. Adres miejsca wypoczynku: Ośrodek Kolonijny „Oficerski Yacht Club RP Pacyfik”, Al. Wyszyńskiego 1, 16-300 Augustów

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika:

2. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych:

4. Rok urodzenia uczestnika:

5. Nr Pesel uczestnika:

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

6. Adres zamieszkania uczestnika:

7. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców/opiekunów prawnych:

8. Numery telefonów i e-maile rodziców/opiekunów prawnych:

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

10. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony czy został lub jest diagnozowany na przewlekłą/nawracającą chorobę, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i z jakiego powodu, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary):

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

tężec: .....

blonica: .....

inne: .....

11. Jeżeli uczestnik przyjmuje stałe leki, to czy rodzic/opiekun prawny prosi i jednocześnie wyraża zgodę na podawanie tych leków uczestnikowi przez kierownika i/lub wychowawców obozu? (właściwe zaznaczyć znakiem X):

..... **tak** (w danym przypadku w dniu przekazania uczestnika kierownikowi lub wychowawcom obozu należy przekazać oddzielnie spakowane leki z dokładnym opisem dawkowania każdego z leków)

..... **nie**

12. Czy w przypadku lekkich bóli uczestnika, np. głowy rodzic/opiekun prawny prosi i jednocześnie wyraża zgodę na podawanie tych leków uczestnikowi przez kierownika i/lub wychowawców obozu? (właściwe zaznaczyć znakiem X):

..... **tak**, proszę wskazać lek przeciwbólowy: .....

..... **nie**

Uwagi dodatkowe rodzica/opiekuna prawnego na temat zdrowia, rozwoju psychofizycznego i diety dziecka oraz czy dziecko chce być z kimś konkretnym w pokoju:

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

---

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

Postanawia się (właściwe zaznaczyć znakiem X):

.... . zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

..... odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

.....  
.....

(data)

(podpis organizatora wypoczynku)

---

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

13. Uczestnik przebywał w: Ośrodek Kolonijny „Oficerski Yacht Club RP Pacyfik”, Al. Wyszyńskiego 1, 16-300 Augustów

od dnia..... do dnia .....

Augustów, .....  
(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

---

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

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

Augustów, .....  
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

---

### VI. INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....  
.....

Augustów, .....  
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)