

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU  
DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

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

Przebrno, 11.08.2026r. ....  
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wycieczki)

- 1) Właściwie zaznaczyć znakiem „X”/  
2) W przypadku wycieczki o charakterze wędrownym  
3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego

ZWIĄZEK HARCERSTWA POLSKIEGO CHORĄGIW KIELECKA  
HUFIEC SANDOMIERAZ UL. PUŁAWIAKÓW 2, 27-600 SANDOMIERZ  
TEL. 15 832 22 62PKO BP konto nr 92 1020 4926 0000 1902 0034 0877

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wycieczki<sup>1)</sup>

- Kolonia  biwak  zimowisko  półkolonia  **obóz pod namiotami**  
 inna forma wycieczki **Obóz Harcerski Hufca ZHP Sandomierz**  
(proszę podać formę)

2. Termin wycieczki **31.07.2026- 11.08.2026**

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki: **82-120 KRYNICA MORSKA  
LEŚNICTWO KRYNICA MORSKA- PRZEBRNO dz. 73 i 74**

Trasa wycieczki o charakterze wędrownym<sup>2)</sup> .....

Nazwa kraju w przypadku wycieczki organizowanej za granicą .....

**Sandomierz, 07.05.2026r.**.....  
(miejscowość, 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<sup>3)</sup>.....

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 .....

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

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)

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

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

tężec.....  
błonica.....  
dur.....  
inne.....

.....  
.....

(data) **(podpis obojga rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)**

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

Postanawia się<sup>1)</sup>:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę

odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....  
.....  
.....  
(data) (podpis organizatora wycieczki)

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

Uczestnik przebywał (adres miejsca wycieczki)

**82-120 KRYNICA MORSKA działka 73 i 74**

od dnia/dzień, miesiąc, rok/..... do dnia/dzień, miesiąc, rok/.....

Przebrno, 11.08.2026r. ....  
(data) (podpis kierownika wycieczki)

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

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

Przebrno, 11.08.2026r. ....  
(miejscowość, data) (podpis kierownika wycieczki)