



Załącznik 1

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

1. Imię i nazwisko uczestnika.....
2. Data urodzenia.....
PESEL.....
3. Adres zamieszkania..... telefon.....
4. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
.....
.....
Telefon dom
- Telefon komórkowy.....
- E-mail.....
5. Osoba wypełniająca kartę kwalifikacyjną.....

Dodatkowe informacje:

1. Jak często w skali roku syn/córka wyjeżdża z rodzicami poza miejsce zamieszkania na dłużej niż 1 dzień?
 Nie wyjeżdża
 1 raz w roku
 2-3 razy w roku
 Częściej (ile?).....
2. Jaki charakter mają wyjazdy?
 Wycieczki/wczasy zorganizowane
 Samodzielne wyjazdy rodzinne
 Wyjazdy do rodziny
 Inne (Jakie?).....
.....
.....
3. Czy syn/córka wyjeżdżała gdzieś bez rodziców na dłużej niż 1 dzień?
 Tak (jak często? Na ile dni?).....
.....
.....
 Nie
4. Jaki charakter miały te wyjazdy?
 Wycieczki szkolne
 Obozy
 Turnusy rehabilitacyjne
 Wizyty u rodziny



RE-AKTYWNY URWIS
Centrum Wspierania Rozwoju

Inne (Jakie?).....
.....
.....

5. Jaki charakter miały aktywności proponowane na wyjazdach? (np.: zwiedzanie, narciarstwo, wędrówki, rower, jazda konna, wspinaczka, pływanie, plażowanie, itp. Proszę wymienić jak najwięcej.)

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

6. W jakich aktywnościach (wypisanych przez Państwa) syn/córka brał/a czynny udział?

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

7. Jakie są ulubione/unikane przez syna/córki aktywności na wyjazdach?

Lubiane aktywności	Unikane aktywności
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪
▪	▪

8. Czy syn/córka może podejmować wysiłek fizyczny

TAK NIE

Jeśli istnieją przeciwwskazania, to prosimy o komentarz.

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

9. Czy syn/córka ma jakieś trudności w podróżowaniu?

- Autobusem
 Pociągiem
 Busem?

Jeśli TAK, to jakie? (np. musi siedzieć przy oknie, obawia się korzystać z toalety w pociągu, choroba lokomocyjna, itp.)

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

10. Czy syn/córka ma jakieś trudności ze spaniem w nowym miejscu? Jakież?

.....
.....



RE-AKTYWNY URWIS
Centrum Wspierania Rozwoju

11. Czy syn/córka ma doświadczenia związane z dzieleniem pokoju z obcą osobą?

- TAK NIE

Jeśli TAK, to jak to znosi?

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

Proszę opisać, jeśli syn/córka nie chce dzielić pokoju z takim czy innym kolegą.

.....
.....

12. Czy syn/córka rozpoznaje swoje rzeczy (ubrania, plecak, drugie śniadanie)?

.....
.....

13. Czy syn/córka dba o porządek wokół siebie (porządkuje swoje rzeczy, odstawia naczynia po jedzeniu, zbiera po sobie śmieci)?

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

14. Czy syn/córka jest samodzielny w czynnościach samoobsługowych?

UMIEJĘTNOŚĆ	TAK	NIE – JAKIEGO POTRZEBUJE WSPARCIA?
Toaleta poranna (mycie zębów, twarzy, golenie, itd.)		
Korzystanie z WC		
Wybór ubrania		
Ubieranie się		
Jedzenie		
Mycie włosów		
Kąpiel/prysznic		
Przygotowanie do snu		

15. Czy syn/córka ma rytuały związane z rytmem dnia i nocy? Proszę opisać jakie.

a. Posiłki:.....

b. Toaleta:.....

c. Sen:.....



RE-AKTYWNY URWIS
Centrum Wspierania Rozwoju

d. Ubieranie się:

.....

e. Inne:

.....

16. Czy syn/córka jest na coś uczulony/a? (pokarmy, ukąszenia, pyłki)

.....

.....

17. Czy syn/córka jest na jakiejś diecie?

- Bezcukrowa
- Bezglutenowa
- Bezkazeinowa
- Bezlaktozowa
- Inna. Jaka?

.....

.....

18. Czy są produkty pokarmowe, których syn/córka nie może jeść?

.....

.....

19. Czy syn/córka samodzielnie przygotowuje kanapki?

- TAK
- NIE

20. Czy syn/córka ma uczestniczyć w niedzielnej Mszy Świętej?

- TAK
- NIE

21. . Inne uwagi o stanie zdrowia/ zachowania córki/syna:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

22. . Inne uwagi, zalecenia, rady dla opiekunów/instruktorów na obozie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)