

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku KOLONIA LETNIA

2. Adres placówki DOM WZASOWY „SZCZYT”, 33-370 Muszyna, ul. Zielona 32

3. Czas trwania od 28.07.2015r do 10.08.2015r

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Data urodzenia

3. Adres zamieszkania telefon

4. Nazwa i adres szkoły klasa

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

.....

..... telefon

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka

w wysokości zł słowniezł.

.....
(miejsowość, data)

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

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA
(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)**

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE
O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI
W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH
lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec
błonica, dur, inne

..... (data) (podpis pielęgniarki)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY
(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy
klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

..... (data) (podpis wychowawcy lub rodzica-
-opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku

ze względu:
.....

..... (data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dnia 20..... r.

..... (data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W
PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym
lub hospitalizacji dziecka

..... (miejsowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki
placówki wypoczynku)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU
PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

..... (miejsowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II,
III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i
ochrony zdrowia dziecka

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

WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIELENIE NIEZBĘDNEJ POMOCY MEDYCZNEJ (W TYM W
SZPITALU) MOJEMU DZIECKU W PRZYPADKU ZACHOROWANIA LUB WYPADKU W CZASIE
TRWANIA KOLONII

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