



KLUB SPORTOWY BŁONIANKA
05-870 BŁONIE
UL. LEGIONÓW 3A
TEL. 503 149 879
E-MAIL: BŁONIANKA@ONET.PL

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: **OBÓZ SPORTOWO-REKREACYJNY**
 2. Adres placówki: **13-300 Nowe Miasto Lubawskie, Jagiellońska 20**
 3. Czas trwania od **23 luty 2014 (niedziela)** do **02 marzec 2014 (niedziela)**
-

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Nazwa i adres szkoły klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

..... telefon

.....
(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 stałe 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. ZOBOWIĄZANIE

Zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych strat finansowych wynikających za zniszczenia cudzego mienia przez moje dziecko podczas obozu w Miejskim Ośrodku Sportu i Rekreacji w Nowym Mieście Lubawskim.

.....
(data)

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

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na obozie sportowo-rekreacyjnym w Miejskim Ośrodku Sportu i Rekreacji w Nowym Mieście Lubawskim.

od dniar. do dniar.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

VII. 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)

VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)