



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: **OBÓZ SPORTOWY**
2. Adres ośrodka : **Ośrodek Wczasowy Dom Rybaka
ul. Wylotowa 7;78-100 Kołobrzeg**
3. Termin: **7-13.02. 2016**

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) dziecka przebywającego na wypoczynku:
.....
..... telefon
- Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku 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 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
DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....
(data)

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

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

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec,

błonica, dur, inne

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

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**(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 wypoczynek

ze względu:

.....

.....
(data).....
(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia do dnia 2 r.

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

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji Dziecka

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas 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 matki, ojca lub opiekuna)