

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

PESEL DZIECKA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:

1. Forma wypoczynku: **ZIMOWISKO – Z ORKĄ**
2. TURNUS.....
3. Czas trwania wypoczynku:

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Organizatora

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data i miejsce urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Nazwa i adres szkoły
5. Adres rodziców dziecka przebywającego na wypoczynku
-, telefon

e-mail:.....

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis rodzica lub opiekuna

III. INFORMACJE RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA (uczulenia, znoszenie jazdy samochodem, przyjmowanie leków, aparat ortodontyczny lub okulary)

.....
.....
.....
Stwierdzam, że podałem/Am wszelkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku podczas wypoczynku.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis rodzica lub opiekuna

IV. INFORMACJE O SZCZEPIENIACH

Lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnymi szczepieniami.

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec błonica dur inne
Dziecko może / nie może wziąć udział w obozie rekreacyjnym.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis rodzica lub opiekuna

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU:

W przypadku braku możliwości uzyskania informacji od wychowawcy, wypełnia rodzic lub opiekun.

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis wychowawcy lub rodzica/opiekuna

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować dziecko na wypoczynek.
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek z powodu:

.....

.....
Data

.....
Podpis

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na PÓŁKOLONII- WAKACYJNE PŁYWANIE Z ORKĄ

od dnia Do dnia

.....
Data

.....
Podpis kierownika wypoczynku

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W TRAKCIE TRWANIA WYPOCZYNKU (hospitalizacja lub leczenie ambulatoryjne)

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

.....
Miejscowość, data

.....
podpis lekarza / pielęgniarki

IX. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY / INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

.....
Miejscowość, 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.

.....

.....