



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

.....
 (miejscowość, data)

.....
 (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki
 wypoczynku)

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

.....

.....
 (miejscowość, data)

.....
 (podpis wychowawcy-instruktora)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: Zimowisko Szczepu Rodło
 i środowiska 264.

Adres placówki: PG u Renaty; ul. Mrowce 17D, 34-500 Zakopane

2. Czas trwania od 15 lutego do 23 lutego 2013.

Trasa obozu wędrownego.....

Warszawa, 18.11.2012

.....
 phm. Paweł Rubach HR

(miejscowość, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....

2. Data urodzenia.....

3. PESEL.....

4. Adres zamieszkania.....
 nr tel.

5. Nazwa i adres szkoły.....klasa.....

6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
 nr tel.....

7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości **900,00** zł
 słownie: **dziewięćset** złotych

.....
 (miejscowość, data)

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

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)

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)

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

**Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia życia
mojego dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne,
zabiegi diagnostyczne, operacje**

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

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

IV. INFORMACJE PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

(lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonica,

dur, inne

.....
(miejsowość, data) (podpis pielęgniarki)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

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

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

(miejsowość, data)

(podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości zł słownie
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu

.....
(miejsowość, data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres miejsca wypoczynku)

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

.....
(miejsowość, data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)