

### KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA 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

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wycieczki)

#### IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE 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.

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

#### I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wycieczki: Pokołonia letnia/ zimowa
2. Adres placówki: Szkola Podstawowa Nr 1
3. Czas trwania od 17.07.2017r. do 21.07.2017r.

Trasa obozu wędrownego

(miejscowość, data) (podpis organizatora wycieczki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Pesel
4. Adres zamieszkania
5. Nazwa i adres szkoły
6. Imiona rodziców
7. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki

telefon

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki w wysokości zł słownie

(miejscowość, 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. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień**

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

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

**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 do udziału w placówce wypoczynku
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 placówki wypoczynku)