

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku.....
2. Adres.....
3. Czas trwania wypoczynku od.....do.....
.....
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i Nazwisko dziecka.....
 2. Dat urodzenia..... PESEL
 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 słownie.....zł.

.....
(miejscowość, data) (podpis rodzica lub opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....
(data) (podpis rodzica lub opiekuna)

IV INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepienia

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

.....
(data) (podpis lekarza, rodzica 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 dniado dnia.....20....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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej
opiekę medyczną podczas wypoczynku)

**IX. UWAGI 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.

.....

.....

(data)

Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna

Nazwisko i Imię Dziecka.....

Wyrażam zgodę /Nie wyrażam zgody na filmowanie, fotografowanie i publikowanie w środkach masowego przekazu oraz w Internecie i kronice Zespołu zdjęć mojego dziecka będącego uczestnikiem półkolonii w Zespole Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „PROMYK” SP ZOZ ul. Głowackiego 8A Zielona Góra.

Zapoznałam się z regulaminem półkolonii i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....

Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna

Wyrażam zgodę /Nie wyrażam zgody na bezpłatne badanie w kierunku profilaktyki wad postawy

mojego dziecka

urodzonego dnia

PESEL

badanie zostanie przeprowadzone przez pracownika ZRDIM PROMYK SP ZOZ podczas trwania półkolonii.

.....

Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna