

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

.....
(Miejscowość, data) (Podpis lekarza-pielegniarki placówki wypoczynku)

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)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: **OBÓZ DLA SIM PCK**
2. Adres placówki **Ośrodek Wypoczynkowy „Dresso” Sulejów - Polanka.**
3. Czas trwania od **8 sierpnia do 25 sierpnia 2010r.**

Warszawa, 17.06.2010 r. (podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Nr PESEL
4. Adres zamieszkania
telefon: () telefon komórkowy.....
5. Nazwa i adres szkoły.....
klasa
6. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) oraz adres w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
.....
Telefon: (kierunkowy:.....).....
Telefon komórkowy:
7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości: **400,00 zł**
8. Biorę pełną odpowiedzialność prawną za dziecko w trakcie podróży na i z obozu.

..... (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 itp.)

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE.

.....
(Miejscowość, data)

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

IV. ORZECZENIE LEKARSKIE

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

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

2. Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie)

3. Czy dziecko może być uczestnikiem obozu:

4. Zalecenia na czas pobytu na obozie:

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis lekarza/pielęgniarki)

V. INFORMACJA RODZICA / OPIEKUNA O DZIECKU

.....
(Data)

.....
(Podpis 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 placówkę wypoczynku ze względu

.....
(Data)

.....
(Podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

(Pieczęć adresowa placówki wypoczynku)

od dnia do dnia 200..... r.

.....
(Data)

.....
(Czytelny podpis kierownika)