

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: Półkolonie letnie
 2. Adres placówki: ul. Jedności Narodowej 195, Wrocław 50-303
 3. Czas trwania: **5 dni** od poniedziałku do piątku godz.: 8:00-16:00
- Turnusy: **1)** 1.07-5.07 **2)** 8.07-12.7 **3)** 15.07-19.07 **4)** 22.07-26.07
5) 29.07-02.08 **6)** 05.08-09.08 **7)** 12.08-16.08 **8)** 19.08-23.08

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia Pesel.....
3. Adres zamieszkania
.....telefon
4. Nazwa i adres szkoły
..... klasa
5. Nazwisko i imiona, adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku :
.....
.....
nr telefonów do rodziców (opiekunów).....
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości: zł słownie

.....
(miejsowość, 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 ortopedyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki, lekarza kk, rodziców lub opiekunów)

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 placówki wypoczynku)
od dnia do dniar.

.....
(data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJA 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)

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) (podpis rodzica lub opiekuna)