

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku : pólkolonie
2. Adres: Szkoła Podstawowa nr 4, ul. Kościuszki 14 , 14-100 Ostróda
3. Czas trwania wypoczynku: od 27.06.2016r. do 08.07.2016r.

Ostróda, dn.....
(miejsowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data urodzenia:.....
3. Adres zamieszkania:..... telefon:.....
4. Nazwa i adres szkoły Gimnazjum w klasa:.....
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:

.....
..... telefon:

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH LUB PRZEDSTAWIENIE KSIĄŻECZKI ZDROWIA Z AKTUALNYM WPISEM SZCZEPIEŃ

Szczepienia ochronne(podać rok): tężec:

Błonnica:.....,dur.....,inne.....

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

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

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

.....
(data) (podpis wychowawcy)

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 dnia do dnia

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