

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku . . . *Letni obóz twórczo-terapeutyczny*
2. Adres *Ośr. Solar, ul. Długa 4, 82-103 Mikoszewo*
3. Czas trwania wypoczynku: *19 -29.08. 2018 r.*

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia PESEL
3. Nazwa i adres szkoły
 klasa
4. Adres zamieszkania

5. Adres rodziców (opiekunów) podczas wypoczynku dziecka:

 email telefon
6. Dane do wystawienia rachunku:
 Imię i nazwisko (nazwa firmy):

 Adres:

 NIP (tylko firmy):

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku w wysokości zł,
przelewem na konto Centrum Rozwoju: 69 1140 2017 0000 4702 1290 1521

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w częściach II-V karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

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

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

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu dziecku właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Wyrażam zgodę na leczenie dziecka w sytuacji nagłej, prowadzone przez dr M. Dąbrowską-Kaczorek, dr M. Kawko i dr B. Sztangierską

.....
(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 lekarza lub rodzica -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. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres miejsca wypoczynku)
od dnia do dnia

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

VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

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

.....
(data)
(podpis lekarza lub pielęgniarki)

VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

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