

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

- 1. Forma wypoczynku: Obóz Rekreacyjno-Sportowy
- 2. Adres placówki: Stare Bystre 347, 34-407 Stare Bystre
- 3. Czas trwania: od 22.06.2024r do 28.06.2024r

Mikołów 2024.01.27

(miejsowość, data)

(podpis organizatora
wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka

.....

2. Data ur.

Pesel

3. Adres zamieszkania

.....
.....

4. Nazwa i adres szkoły

.....
.....klasa

5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na
wypoczynku :

.....

TELEFON

TELEFON

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka
w wysokości 1499 zł
słownie: jeden tysiąc czterysta dziewięćdziesiąt dziewięć
złotych 00/100

.....
(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 stale 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
W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....
(data)

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

IV. WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZAWARTYCH W
KARCIE KWALIFIKACYJNEJ W ZAKRESIE NIEZBĘDNYM DLA
BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY ZDROWIA DZIECKA.

.....
(data)

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

V. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH
lub ksero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....
(data)

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

VI. DANE RODZICA (OPIEKUNA) STARAJĄCEGO SIĘ O ODPOWIEDNIE
ZAŚWIADCZENIE (POTWIERDZENIE POBYTU) I RACHUNEK DO ZAKŁADU
PRACY

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES

.....

VII. INFORMACJA O DZIECKU INSTRUKTORA, TRENERA

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

.....
(data) (podpis instruktora, trenera)

VIII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

.....

.....
(data) (podpis)

IX. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na obozie Rekreacyjno-Sportowym w SP1 Stare Bystre 347, 34-407 Stare Bystre od 22.06.2024r do 28.06.2024r

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

X. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

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

XI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

.....
(miejsowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)