

**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 01.07.2024r

**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 1999 zł  
słownie: jeden tysiąc dziewięćset 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 01.07.2024r

.....  
(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)