

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 28.06.2025r do 04.07.2025r

Mikołów 2025.01.30

(miejscowość, 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 1760 zł słownie: jeden tysiąc siedemset sześćdziesiąt złotych 00/100

.....
(miejscowość, 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

.....

.....

.....

.....

.....

VIII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

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

IX. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

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

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

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

.....

.....

.....

.....

.....

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