

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: **obóz integracyjny LO Poznań**
2. Adres placówki: **Centrum Szkoleniowo-Edukacyjne Parku Narodowego Gór Stołowych Karlów 10**
3. Czas trwania: **od 08.09.2023r. do 17.09.2023 r.**
Trasa obozu wędrownego.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia Pesel.....
3. Adres zamieszkania telefon

.....
4. Nazwisko i imiona, adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku :

.....
.....
nr telefonów do rodziców (opiekunów).....

.....
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości:
2200 zł słownie: dwa tysiące dwieście zł

.....
(miejsowość, data)

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

**I. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA
DZIECKA**

**II. (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe
leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny 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 matki, ojca lub opiekuna)

**I. IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH
lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień**

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

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

**V. WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE MOJEMU DZIECKU W RAZIE
KONIECZNOŚCI ŚRODKÓW PRZECIWBÓLOWYCH,
PRZECIWGORĄCZKOWYCH:**

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

.....
(data) (podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się :

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

.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis)

I. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dniar.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

-3-

**VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU
W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)**

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

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji
dziecka**

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki)

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

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

.....
(miejsowość, 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 rodzica lub opiekuna)

-4-