

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: **obóz integracyjny LO Poznań**
2. Adres placówki: **Centrum Szkoleniowo-Edukacyjne Parku Narodowego Górze Stołowych Karlów 10**
3. Czas trwania: **od 09.10.2023r. do 18.10.2023 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)

- 1 -

### 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)

-2-

**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 dnia .....r.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

**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**

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

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

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

.....  
.....  
(miejscowość, 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)