

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 placówki)

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

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wychowawcy- instruktora)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU
Dom Wczasowy „Amber „ ul. Bolesława Chrobrego 82-84

1. Forma placówki wypoczynku
78-111 Ustronie Morskie

2. Adres placówki

3. Czas trwania od 25. 01. 2021. do 30.01. 2021.

Trasa obozu wędrownego

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Data i miejsce urodzenia 3. Adres zamieszkania

..... telefon

4. Nazwa i adres szkoły

..... klasa

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku

..... telefon

6. Liczba osób na utrzymaniu rodziców (opiekunów) (dot. publicznych placówek wypoczynku)

w tym dzieci uczęszczających do szkół i na wyższe uczelnie.

7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości950,- zł.

Słownie dziewięćset pięćdziesiąt zł .

.....
(miejsowość i 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 itp.)

.....

NR PESEL DZIECKA

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM (AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka, a także na potrzeby organizatorów (zgodnie z ustawą z dnia 20 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

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

IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

inne

.....

.....
 (data) (podpis pielęgniarki)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

.....

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

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokościzł
 950 ,-
 dziewięćset pięćdziesiąt zł
 słownie

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu na:

.....

.....
 (data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na **OBOZIE SPORTOWO- WYPOCZYNKOWYM W USTRONIU MORSKIM**

od dnia 25.01.2021 r. do dnia 30.01.2021 r.

.....
 25.01.2021 r.
 (data) (podpis kierownika placówki wypoczynku)