



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: **Zimowy wypoczynek z programem promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej dla dzieci rolników.**
2. Adres placówki **Wynajem Pokoi – Franciszek Chowaniec, ul. Gutowa 7A, 34-531 Murzasichle**
3. Czas trwania **od 23.01.2016r. do 01.02.2016r.**
4. Trasa obozu wędrownego -

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. PESEL:
4. Adres zamieszkania telefon
5. Nazwa i adres szkoły klasa
6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
.....
..... telefon
7. Liczba osób na utrzymaniu rodziców (opiekunów)
(dotyczy publicznych placówek wypoczynku) w tym dzieci uczęszczających do szkół i na wyższe uczelnie.
8. Oświadczenie rodziców (opiekunów) o dochodach (dotyczy publicznych placówek wypoczynku)

| | Imię i nazwisko | Nazwa i adres zakładu pracy | Stanowisko | Dochód miesięczny (brutto) |
|-----------------|-----------------|-----------------------------|------------|----------------------------|
| ojciec opiekun | | | | „nie dotyczy” |
| matka opiekunka | | | | „nie dotyczy” |

9. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości **350,00 zł**, słownie trzysta pięćdziesiąt 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 POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....
(data)

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

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

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

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

.....
(data)

.....
(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

.....
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dnia 20..... r.

.....
(data)

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

VIII. INFORMACJE 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
placówki wypoczynku)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)