

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. TERMIN WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: **PÓLKOLONIE** 2. Adres placówki: **AQUAPARK ul. Grottgera 4, 64-920 PIŁA**
3. Czas trwania turnusu 5 dni: termin **od** **do**

II. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w wypoczynku
2. Odmówić skierowania dziecka do placówki wypoczynku ze względu na:

.....
(podpis organizatora)

III. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało w **Aquapark ul. A. Grottgera 4, 64-920 PIŁA „PÓLKOLONIE”**

TURNUS nr od dnia do dnia 2015 roku.

.....
(czytelny podpis kierownika placówki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia 3. **PESEL dziecka**
4. Adres zamieszkania telefon
5. Nazwa i adres szkoły klasa
6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
..... telefon

E-mail

7. Poziom umiejętności pływackich dziecka: **początkujący / średni / zaawansowany.***

8. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości:
słownie

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

V. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

np. na co dziecko jest uczulone, czy moczy się, czy jest chore na padaczkę, cukrzycę, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, przeciwwskazania dotyczące ćwiczeń fizycznych, pływania, przebywania na słońcu, mrozie itp.

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

Kasa Chorych do której należą rodzice

Stwierdzam, że podałem/lam wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

***niepotrzebne skreślić**

VI. INFORMACJA PIELEŃNIARKI SZKOLNEJ / LEKARZA* O SZCZEPIENIACH DZIECKA

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.

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

inne

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki / lekarza / rodzica *)

VII. INFORMACJA O DZIECKU.

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

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

.....
(data)

.....
(podpis: wychowawcy klasy / rodzica / opiekuna*)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części IV i V oraz VI i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PÓLKOLONII

.....

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.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

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

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

.....
(data i miejscowość)

.....
(podpis wychowawcy - instruktora)