

NR PESEL

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma wycieczki: *obóz szkoleniowo-wypoczynkowy*
2. Adres placówki *34-531 Murzasichle, ul. Sądelska 34,27a*
3. Czas trwania od *25.06.2018* do *06.07.2018*

...Radom, dn. *07.02.2018*...

(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wycieczki)

**II. WNIOSK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia ..... Pesel.....
3. Adres zamieszkania..... telefon .....
4. Nazwa i adres szkoły ..... klasa .....
5. 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: *.....1450.....* zł słownie *.....jeden tysiąc czterysta pięćdziesiąt złotych.....*

.....  
(miejsowość, 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 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)

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepie

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

.....  
(data)

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

## V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

( 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 na wypoczynek.
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu: .....

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

---

## VII.POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na ...*obozie szkoleniowo-wypoczynkowym w Murzasichle*.....

(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

.....

(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)