

KARTA KWALIFIKACYJNA OBOZU SPORTOWEGO

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku : Obóz rekreacyjno-sportowy
2. Adres : Karłów 6a, 57-350 Kudowa Zdrój
3. Czas trwania wypoczynku : 22 – 26.01.2018r.

.....
data, miejscowość

.....
podpis organizatora

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka :
2. Data urodzenia dziecka : PESEL :
3. Adres zamieszkania :
4. Telefony do rodziców (opiekunów) :,
5. Nazwa i adres szkoły oraz klasa :
6. Adres rodziców lub opiekunów dziecka podczas pobytu dziecka na wypoczynku :
.....

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka oraz ewentualnych zniszczeń dokonanych przez podopiecznego.

.....
data, miejscowość

.....
podpis rodziców (opiekunów)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. czy dziecko jest na coś uczulone, jak znosi jazdę autobusem, czy przyjmuje na stałe leki, w jakich dawkach, czy nosi okulary, aparat ortodontyczny, etc.)

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

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku.

.....
podpis rodziców (opiekunów)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnymi wpisami.

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

.....
Podpis lekarza lub rodzica (opiekuna).

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY SZKOLNEGO O DZIECKU (w przypadku braku takiej możliwości wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
Podpis osoby składającej informację

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA (niepotrzebne skreślić)

1. Zakwalifikować na wypoczynek
2. Odmówić zakwalifikowania z powodu :

.....
.....

.....
Miejscowość, data

.....
podpis organizatora wypoczynku

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na wypoczynku oddo

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis kierownika wypoczynku

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane na temat zachorowania, urazów, leczenia)

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

Organizator informuje rodziców (opiekunów) o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis lekarza lub pielęgniarki

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY PODCZAS WYPOCZYNKU.

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

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis wychowawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w częściach II, III, IV, VII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka

.....
Data

.....
czytelny podpis rodzica (opiekuna)