

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki **ZIMOWY OBÓZ SPORTOWO-REKREACYJNY „SOTO”**
2. Adres: **Hotel ORLE*** - Centrum Konferencyjne, 80-680 Gdańsk – Sobieszewo, ul. Lazurowa 8**
3. Czas trwania wycieczki od do
- Trasa obozu wędrownego
-
- (Miejscowość, data) (Podpis organizatora wycieczki)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka 2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania Telefon
5. Nazwa i adres szkoły..... Klasa.....
6. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce:
- Telefon:
- NR PESEL DZIECKA:**
- Dowód ubezpieczenia:
- Miejscowość, data: Podpis matki, ojca / 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 ortodontyczny 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 / opiekuna

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

Data: Podpis lekarza, matki, ojca / opiekuna

V. INFORMACJA 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 na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu

.....

Data: Podpis

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
..... (forma i adres miejsca wypoczynku) od dnia do dnia

Data: Czytelny podpis kierownika wypoczynku

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, ewentualnych urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

(Miejscowość, data) (Podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

(Miejscowość, 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 matki, ojca lub opiekuna