

**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 placówki wypoczynku)

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

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis wychowawcy-instruktora)

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma placówki wypoczynku: Letni Obóz Sportowy
2. Adres placówki: Ośrodek Wypoczynkowy BĘSIA, Bęsia 21, 11-311 Kolno
3. Czas trwania od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
Trasa obozu wędrownego -

Warszawa, dn.

(miejsowość, data)

Tomasz Sowiński

(podpis organizatora wypoczynku)

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

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

6. PESEL uczestnika obozu: \_\_\_\_\_ .

7. Dowód ubezpieczenia zdrowotnego  
(nr książeczki zdrowia lub aktualne ksero):  
\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

### III. INFORMACJA LEKARZA O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(Pieczęć i podpis lekarza)

### IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podac rok): tężec \_\_\_\_\_, błonica \_\_\_\_\_, dur \_\_\_\_\_,

inne \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis pielęgniarki)

### V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

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

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

### VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości \_\_\_\_\_ zł słownie \_\_\_\_\_.
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis)

### VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na \_\_\_\_\_  
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)