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.

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

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY- INSTRUKTORA

O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(miejscowość i data) (podpis wychowawcy- instruktora)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

**OBÓZ NARCIARSKI**

1. Forma placówki wypoczynku ................................................................................................................................................

PENSJONAT TATRZAŃSKA GRAŃ, MAŁE CICHE 79

2. Adres placówki .......................................................................................................................................................................

34-531 MURZASICHLE

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

26. **01. 2019 r.** 03. **02. 201 r.**

3. Czas trwania od ......................................................... do ...................................................

--------------------------------------------------

Trasa obozu wędrownego .........................................................................................................................................................

**Szczecin 18. 10. 2018 r.**

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka ..........................................................................................................................................................

2. Data i miejsce urodzenia ................................................................... 3. Adres zamieszkania ................................................

........................................................................................................................................................... telefon .............................

4. Nazwa i adres szkoły ..............................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................... klasa ....................

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku ..............................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………… telefon ............................

6. Liczba osób na utrzymaniu rodziców (opiekunów) ................ (dot. publicznych placówek wypoczynku)

w tym ................. dzieci uczęszczających do szkół i na wyższe uczelnie.

7. Oświadczenie rodziców (opiekunów) o dochodach (dot. publicznych placówek wypoczynku)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko | Nazwa i adres zakładu pracy | Stanowisko |
| ojciec  (opiekun) |  |  |  |
| matka  (opiekunka) |  |  |  |

8. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości ....................1520,-.......... zł.

Słownie: jeden tysiąc pięćset dwadzieścia zł.

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

(miejscowość i 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 stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat

ortodontyczny lub okulary itp.) ..................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

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

NR PESEL DZIECKA ...............................................................................................................

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM (AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka, a także na potrzeby organizatorów (zgodnie z ustawą z dnia 20 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

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

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

inne .............................................................................................................................................................................................

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

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

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

(data) (podpis pielęgniarki)

V. INFORMACJA O DZIECKU 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:

1520,-

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości ......................zł

jeden tysiąc pięćset dwadzieścia zł

słownie ............................................................................................................ .

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu na: .........................................................................

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

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

11.01.2019.r.

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

(data) (podpis )

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na **OBOZIE NARCIARSKIM W MAŁYM CICHYM**

26. 01.2019 r. 03.02.2019 r.

od dnia ....................................................... do dnia ............................................................. .

03. 02. 2019 r.

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

(data) ( podpis kierownika placówki wypoczynku)