

**VIII. INFORMACJE 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 i data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

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

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

.....  
(data i miejscowość) (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)

*pieczęć organizatora*

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma placówki wypoczynku : **Obóz integracyjno - sportowy**
2. Adres placówki : **Bursa dla Młodzieży Szkolnej w Chojnicach, ul. Świętopelka 1, 89-600 Chojnice**
3. Czas trwania **od 20 VIII 2019 do 27 VIII 2019**

**Bydgoszcz, 03. 05. 2019** .....  
(miejscowość, data) (pieczęć i 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 na placówce wypoczynku:  
..... telefon .....

**Wypełniają tylko gdy pobyt dziecka jest dofinansowane z budżetu**

	Imię i nazwisko	Nazwa i adres zakładu pracy	Stanowisko	Dochody miesięczne netto
ojciec opiekun	.....	.....	.....	.....
matka opiekunka	.....	.....	.....	.....

8. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 960zł

słownie: siedemset sześćdziesiąt pięć złotych

.....  
(miejscowość i data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

### III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, czy moczy się, czy jest chore na padaczkę, cukrzycę, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, przeciwwskazania dotyczące ćwiczeń fizycznych, pływania, przebywania na słońcu, mrozie)

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

Nr PESEL dziecka.....

Stwierdzam, że podałem/łam wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

.....  
(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.

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy wypełnia rodzic, prawny opiekun dziecka)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
(data) (podpis y , rodzica czy opiekuna.)

### VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

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

.....  
(data) (podpis)

### VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....  
(forma i adres placówki)

od dnia ..... do dnia ..... 20... roku.

.....  
(data) (czytelny podpis kierownika placówki)