

Karta kwalifikacyjna uczestnika

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: Kolonie Piłkarskie
2. Adres: 78-400 SZCZECINEK, ul. ŁUKASIEWICZA 1
3. Czas trwania wycieczki: **Od** 06.08.2024 , **Do** 12.08.2024

.....

(Data)

.....

(Podpis organizatora)

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

1. Imię i nazwisko Dziecka:
 2. Data urodzenia:
 3. Adres zamieszkania....., telefon.....
 4. Nazwa i adres szkoły....., klasa.....
 5. Adres rodziców (opiekunów)dziecka przebywającego na wycieczce
.....telefon.....
- Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki dziecka w wysokości.....
.....zł., słownie.....zł.

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.

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne (podać rok) :

Tężec....., Błonnica....., Dur....., inne.....

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

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

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

.....

(Data)

.....

(podpis Rodzica lub opiekuna prawnego)

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. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

.....

(Data)

(podpis lekarza, pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wycieczki)

IX. Uwagi i spostrzeżenia WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

.....

.....

(Data)

(podpis wychowawcy –instruktora)

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

.....

.....

(Data)

(podpis matki,ojca lub opiekuna)