

## Karta kwalifikacyjna uczestnika

### I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: Kolonie Piłkarskie
2. Adres: 87-100 Toruń, ul. Przy Skarpie 2a.
3. Czas trwania wycieczki: **Od** 24.06.2024 **Do** 28.06.2024r.

.....

( 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 wypoczynku )

**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 )