

## Karta kwalifikacyjna uczestnika

### **I.** INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: Kolonie Piłkarskie
2. Adres: 87-100 Toruń, ul. Warszawska 1/5
3. Czas trwania wycieczki: **Od** 27.01.2020 , **Do** 31.01.2020

.....

( 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 )