

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Forma wycieczki
 2. Adres
 3. Czas trwania wycieczki od do
- Trasa obozu wędrownego
-
 (miejsowość, data) (podpis organizatora wycieczki)

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 słowniezł.

.....
 (miejsowość, 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)**

.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE
 O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI
 DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....
(data) (podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

**(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:

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 2 r.

.....
(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

.....
(miejsowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę
medyczną podczas wypoczynku)

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU
PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

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

.....
(miejsowość, data) (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)