

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU BALETOWEGO

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: **OBÓZ BALETOWY**
2. Adres placówki: **Hostel KROKUS
43-460 Wisła
ul. Górnośląska 9**
3. Czas trwania **03.08 – 10.08.2015r / 10.08 – 17.08.2015r**

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
- PESEL
3. Adres zamieszkania
- telefon
4. Nazwa i adres szkołyklasa
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

	Imię i nazwisko	Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku	Numer kontaktowy
ojciec (opiekun)			
matka (opiekunka)			

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości
.....zł (słownie))

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

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)

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

1. W przypadku wystąpienia drobnych dolegliwości (np. bóle głowy, niestrawność, gorączka, przeziębienie) wyrażam zgodę na podanie przez wychowawców ogólnodostępnych leków.

TAK/NIE*

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

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

*Właściwe podkreślić

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI 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 WYCHOWAWCY KLASY

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

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokościzł 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 wypoczynku)

od dnia do dnia 20r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

**VIII. INFORMACJA 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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU
PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE 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 rodzica lub opiekuna)