

VIII INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE
POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (Czas pobytu: dni, godzin, minut)

STOWARZYSZENIE HIGIENISTÓW
SZKOLNO-WYCHOWAWCZYCH I ZIMOWYCH

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: Zimowisko Szczepu Szanec, 264 i 88
2. Adres placówki: Dom Wczasowy „Anna Maria” Sierockie 21, 34-425 Sierockie
3. Czas trwania od 19 do 29 stycznia 2012.

Hasło obozu-wędrownego:
Warszawa, 23.11.2011
(miejscowość, data) phm. Tomasz Wolszczak HO
(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzenia.....
3. PESEL.....
4. Adres zamieszkania.....
nr tel.
5. Nazwa i adres szkoły..... klasa.....
6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku: nr tel.....
7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 800,00 zł
słownie: osiemset złotych

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

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 ojca, matki lub opiekuna)

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji
dziecka

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki
wypoczynku)

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA: (np. na co dziecko jest uczulone, jak znowi jazdy samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia życia mojego dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM (AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

IV. INFORMACJE PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

(lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonica,

dur, inne

..... (miejsowość, data) (podpis pielęgniarki)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wyrażenie rodzic lub opiekun)

.....
.....
.....
..... (miejsowość, 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 wysokości zł słownie
2. Odmówić skierowania dziecka na wypocznik ze względu

..... (miejsowość, data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na (forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia do dnia 20 r.

..... (miejsowość, data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)