

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: zimowisko
2. Adres placówki: Dom Wczasowy Harnaś, Bustryk 77C, 34-521 Ząb
3. Czas trwania: 5-10.02.2022



.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis organizatora wycieczki)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia PESEL
4. Adres zamieszkania
5. Nazwa i adres szkoły klasa
6. Nazwisko i imiona, adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce

wycieczki :

.....

nr telefonów do rodziców (opiekunów) (m) (o)

.....

(miejscowość, 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 ortopedyczny lub okulary, zalecenia żywieniowe – specjalna dieta?)

.....

.....

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

.....

(data)

.....

(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....

(data)

.....

(podpis pielęgniarki/lekarza/rodzica/opiekuna)

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

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

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

.....

.....

(data)

(podpis wychowawcy/ rodzica/opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się :

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek. TAK/NIE

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu :

.....

.....

(data)

(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na (forma i adres placówki wypoczynku) od dnia do dniar.

.....

.....

(data)

(czytelny podpis kierownika 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)

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. Wyrażam zgodę na sprawowanie opieki nad moim dzieckiem przez kierownika i wychowawców

w czasie trwania wypoczynku oraz podejmowania przez te osoby decyzji w sprawie bezpieczeństwa, zdrowia i życia mojego dziecka.

.....

(miejsowość, data) (czytelny podpis matki dziecka/opiekuna)(czytelny podpis ojca dziecka/opiekuna)