

# 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: 20-26.02.2023



.....

(miejsowość, 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)

.....

(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 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 dnia .....r.

.....

.....

(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

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis lekarza lub pielęgniarki )

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

.....  
.....

.....

.....

(miejscowość, 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.

.....

.....

.....

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