

**VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W
PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach , urazach, leczeniu itp.)**

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

Organizator informuje rodziców o leczenie ambulatoryjnym lub hospitalizacji.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza, pielęgniarki)

**VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS
POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)

IX. DANE DO RACHUNKU

Imię i Nazwisko.....

Adres.....
.....

FIDBAL S.C.

**KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

I. INFORMACJE ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku.

2. Adres placówki:,
.....

3. Czas trwania: do

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora placówki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....

2. Data urodzenia.....

3. Adres zamieszkania, telefon.....
.....

4. Nazwa i adres szkoły.....klasa.....

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.....
.....

telefon.....

6. PESEL dziecka.....

7. e-mail rodziców/opiekunów.....

Po zapoznaniu się z zakresem usług i świadczeń oraz cen i ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w placówce wypoczynku w miejscu i terminie podanym wyżej. Wyrażam dobrowolnie zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych firmy. Wiem, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawianie, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodziców / opiekunów)

III. INFORMACJE 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)

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

STWIERDZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM(ŁEM) SIĘ Z POWYŻSZYMI PUNKTAMI ORAZ PODAŁAM(ŁEM) WSZYSTKIE ZANANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ / NIE ZGADZAM* SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE. ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO POKRYCIA PRZYJĘTYCH POWYŻEJ ZOBOWIĄZAŃ, W TYM EWENTUALNYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW DLA MOJEGO DZIECKA.

..... (data) (podpis rodziców / opiekunów)

*niepotrzebne skreślić

IV. INFORMACJE PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne, podać rok : tężec..... błonnica.....
dur..... inne.....

..... (data) (podpis pielęgniarki)

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

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

..... (data) (podpis wychowawcy)

VI. Warunki uczestnictwa w kolonii / obozie

1. Uczestnik kolonii/obozu zobowiązany jest stosować się do regulaminu kolonii/obozu, ośrodka gdzie wypoczynek jest organizowany oraz do poleceń wychowawcy.
2. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą aktualną legitymację szkolną.
3. Na kolonii/obozie obowiązuje zakaz palenia tytoniu, picia alkoholu oraz używania środków odurzających. Nie przestrzeganie w/w warunków spowoduje wydalenie uczestnika z kolonii/obozu.
4. Uczestnik (lub jego rodzice, opiekunowie) ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez niego podczas podróży lub w czasie pobytu na kolonii/ obozie.

..... (data) (podpis rodzica / opiekuna)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

Dziecko przebywało na
(forma i adres placówki wypoczynku)

..... od dnia..... do dnia.....

..... (data) (podpis kierownika placówki wypoczynku)