

**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)

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma placówki wypoczynku: **Ośrodek Wypoczynkowy „Stasinda”**
2. Adres placówki: **Bukowina Tatrzańska ul. Karpęciny 5**
3. Czas trwania **od 13.01.2019 do 19.01.2019**

Kraków dn .....

**Krakowska Akademia Taekwondo**

(miejsowość, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....Miejsce urodzenia.....
3. Adres zamieszkania ..... telefon .....
4. Nazwa i adres szkoły .....klasa .....
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:  
.....telefon .....
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 1220 zł  
słownie : jeden tysiąc dwieście dwadzieścia złotych.

.....  
(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 stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary);

.....

.....

.....

.....

.....

Nr PESEL											
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	
--------------------------	--

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

OŚWIADCZAM, IŻ W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE

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 matki, ojca lub opiekuna)

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

Szczepienie 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)

.....

.....

.....

..... (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 1220 zł słownie: jeden tysiąc dwieście dwadzieścia złotych

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu :

nie dotyczy

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

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na .....  
(forma i adres placówki wypoczynku)

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

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