



obozyplywackie
Aleksandry Urbańczyk

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

Organizator: Obozy Pływackie Aleksandry Urbańczyk

ul. Łukasińskiego 4/37 93-172 Łódź NIP: 7251834999

tel: 503 170 714; e- mail: zapisy@obozyplywackie.pl

www.obozyplywackie.pl

Miejsce wypoczynku : Hotel Bornit, ul. Mickiewicz 21, 58-580 Szklarska Poręba

Termin: 04.02-11.02.2018r.

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzeniaMiejsce urodzenia.....
3. Adres zamieszkania
telefone-mail
4. Nazwa i adres szkołyklasa
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
.....telefon
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokościzł
słownie zł
7. Oświadczam, że akceptuję warunki uczestnictwa dziecka w obozie i regulamin obozu

.....
(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 ortodontyczny lub okulary);

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

TEŻEC..... BŁONICA.....DUR.....INNE.....

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

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

STWIERDZAM, ŻE DZIECKO JEST ZDROWE I 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 karcie kwalifikacyjnej, dla potrzeb niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 922)).

.....
(data)

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

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 wycieczki
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wycieczki ze względu:.....

.....
(data)

.....
(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres placówki wycieczki)

od dnia do dnia

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika placówki wycieczki)

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 wycieczki)