

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PLACÓWKI WYPOCZYNKU

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

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wycieczki **OBÓZ ŻEGLARSKI - PRZELĄZY**
2. Adres placówki . Lubuskie Centrum Szkolenia i Promocji „AGAWA” Przelązy 22 66-232 Mostki.
3. Czas trwania od do

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia PESEL DZIECKA:
3. Adres zamieszkania telefon
4. Nazwa i adres szkoły klasa
Nr Legitymacji szkolnej
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki:
..... telefon
6. Oświadczenie rodziców (opiekunów):

	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Tel. kontaktowy
ojciec (opiekun)			
matka (opiekunka)			

7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości
słownie

.....
(data)

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

III. INFORMACJA 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)

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

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

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

IV. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(pieczęć szkoły)

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

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

V. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dnia r.

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

VI. 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

..... (data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

VII.a. INFORMACJA PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Przebyte choroby zakaźne (podać rok) : odra, ospa....., różyczka....., świnka....., inne.....

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

Wzrost.....cm., wagakg., obwód głowy.....cm.

..... (data) (podpis pielęgniarki)

VII.b. INFORMACJA LEKARZA O ZDROWIU DZIECKA

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że
(imię i nazwisko)

Data i miejsce urodzenia

Może uczestniczyć w obozie (kursie) żeglarskim. Brak jest przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa.

Uwagi lekarza

..... (data) (pieczęć nr statystyczny i podpis lekarza)