

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na Letnich Warsztatach Fizycznych

od dnia ..... do dnia ..... 2012r.

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

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA 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 O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

.....  
(miejsowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikowanej w zakresie niezbędnym do bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka

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

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku **Letnie Warsztaty Fizyczne**
2. **Adres placówki: 09-400 Płock , ul. Kościuszki 26 , Internat I Liceum Ogólnokształcącego im. S. Małachowskiego w Płocku**
3. Czas trwania **od 18.08.2012 do 26.08.2012**

.....  
(miejsowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....
3. Nr PESEL dziecka.....
4. E-mail dziecka.....@.....
5. tel. kom. dziecka:..... telefon domowy.....
6. Adres zamieszkania (w trakcie nauki).....  
.....
7. Nazwa i adres szkoły .....  
.....klasa .....
8. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku: .....

.....  
Tel. kom rodziców..... e-mail do rodziców.....@.....

9. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 750 zł  
( Słownie: siedemset pięćdziesiąt zł, zero gr.) lub pomniejszonej w związku z dofinansowaniem m. st. Warszawy

.....  
(miejsowość, data)

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

10. Wyrażam zgodę na zabiegi ratujące życie dziecka

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis ojca, matki 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)

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

.....  
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 PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia 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 ..... zł słownie .....
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu: .....

.....  
(data)

.....  
(podpis)