

**IX. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator każdorazowo informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

**X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy)

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: **ZIMOWISKO**
2. Adres : Ośrodek Turystyczny "Krepol" Rycerka Górna 274, 34-370 Rajcza
3. Czas trwania: **29.01. - 04.02. 2018r.**
4. Cena: .....**zł**

Rycerka Górna .....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora placówki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia.....
3. **PESEL** dziecka ..... NFZ .....
4. Adres zamieszkania.....

.....  
Ulica, nr domu, miasto, kod pocztowy

5. Nazwa i adres szkoły.....klasa.....
6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na zimowisku:

.....  
telefon obydwu rodziców bądź opiekunów .....

Kontakt mailowy .....

7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości.....zł.  
Słownie.....zł.

.....  
(miejsowość, data)

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

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA**

**DZIECKA:** (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę autokarem, czy przyjmuje leki i w jakich dawkach, czego absolutnie nie zje, czy lunatykuje, czy są jakiegokolwiek kłopoty wychowawcze )

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

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

**NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA LUB ZDROWIA MOJEGO DZIECKA.....  
WYRAŻAM ZGODĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE.**

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

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH :**

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

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

**V. Wyrażam zgodę na transport prywatnym samochodem, mojego dziecka .....  
podczas trwania wycieczki ( np. na kulig czy salę gimnastyczną )**

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

**VI. 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)

**VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA:**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wycieczkę

za odpłatnością w wysokości ..... zł.  
(słownie :..... złotych 00/100)

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

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

Dziecko przebywało na zimowisku w Ośrodku Turystycznym "Krepol" w Rycercie Górnej

od dnia ..... do dnia ..... 2018 roku.

..... (data) ..... (czytelny podpis kierownika wycieczki)