

**VIII. INFORMACJE 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 sprawującej opiekę
medyczną podczas wycieczki)

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA
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 dla bezpieczeństwa
i ochrony zdrowia dziecka.

(data)

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

PESEL _____

Nr legitymacji szkolnej _____

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki _____

2. Adres _____

3. Czas trwania wycieczki od _____ do _____

Trasa obozu wędrownego _____

W-wie 15.06.20
(miejsowość, data)

Fundacja
"SZANSA DLA GMIN"
Al. Jerozolimskie 11/19 lok. 14
00-608 Warszawa
NIP 701 018 17 31

Prezes
Marek Duszyński
(podpis organizatora wycieczki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka _____

2. Data urodzenia _____

3. Adres zamieszkania _____

4. Nazwa i adres szkoły _____ klasa _____

5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce:

telefon _____

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki dziecka w wysokości:

_____ zł słownie _____ zł

(miejsowość, data)

(podpis matki, ojca 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 DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

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

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

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

_____ (data) _____ (podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (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 na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

Fundacja "SZANSA DLA GMIN"
Al. Jerozolimskie 11/19 lok. 14
00-508 Warszawa
NIP 701 016 17 31
Prezes *Duszyński*
(podpis) **Duszyński**

_____ (data)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na _____
(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia _____ do dnia _____ 20 ____ r.

_____ (data)

_____ (czytelny podpis kierownika wypoczynku)