

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

LUB PRZEDSTAWIENIE KSIĄŻECZKI ZDROWIA Z AKTUALNYM
WPISEM SZCZEPIEŃ

1. SZCZEPIENIA OCHRONNE (PODAĆ ROK): TEŻEC
BŁONICA, DUR, INNE

.....
DATA (PODPIS LEKARZA, MATKI, OJCA LUB OPIEKUNA)

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O UCZNIU

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

.....
DATA

PIECZĘĆ ADRESOWA SZKOŁY

.....
PODPIS WYCHOWAWCY KLASY

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

POSTANAWIA SIĘ:

1. ZAKWALIFIKOWAĆ I SKIEROWAĆ DZIECKO NA WYPOCZYNEK
2. ODMÓWIĆ SKIEROWANIA DZIECKA NA WYPOCZYNEK ZE WZGLĘDU NA:

.....
DATA

.....
PODPIS

PESEL

**KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. FORMA WYPOCZYNKU
2. ADRES
3. CZAS TRWANIA OD DO

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

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

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA
2. DATA URODZENIA
3. IMIĘ I NAZWISKO OJCA
4. IMIĘ I NAZWISKO MATKI
5. ADRES ZAMIESZKANIA RODZICÓW
6. TEL. DOMOWY
TEL. W MIEJSCU PRACY OJCA
MATKI
7. E – MAIL RODZICÓW

9. ADRES RODZICÓW W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE
WYPOCZYNKU (WYPEŁNIAMY JEŻELI BĘDZIE INNY NIŻ W PKT 8.)

10. PREFEROWANE ZAKWATEROWANIE NA OBOZIE:
(Z KIM? PROSZĘ PODAĆ IMIĘ I NAZWISKO):

.....
DATA

.....
PODPIS MATKI, OJCA LUB OPIEKUNA

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

DZIECKO PRZEBYWAŁO NA

.....

(FORMA I ADRES MIEJSCA WYPOCZYNKU)
OD DNIA DO DNIA 2..... R.

.....
DATA CZYTELNY PODPIS KIEROWNIKA WYPOCZYNKU

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

1. ZACHOROWANIA, URAZY, LECZENIE ITP.

.....

.....
DATA PODPIS I PIECZATKA LEKARZA

ORGANIZATOR INFORMUJE RODZICÓW O LECZENIU AMBULATORYJNYM LUB HOSPITALIZACJI DZIECKA

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA PODPIS LEKARZA LUB PIEŁĘGNIARKI
SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ MEDYCZNĄ
PODCZAS WYPOCZYNKU

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

.....

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA PODPIS WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZAWARTYCH W CZĘŚCI II, III, IV I VIII KARTY KWALIFIKACYJNEJ W ZAKRESIE NIEZBĘDNYM DLA BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY DZIECKA

.....
DATA PODPIS MATKI, OJCA LUB OPIEKUNA

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA

2. PRZEBYTE CHOROBY (PODAJEMY, W KTÓRYM ROKU ŻYCIA):

ODRA OSPA WIETRZNA RÓŻYCZKA

ŚWINKA SZKARLATYNA ŻÓŁTACZKA

ZAKAŻNA CHOROBY NEREK (JAKIE)

ASTMA PADACZKA

CHOROBA REUMATYCZNA INNE CHOROBY

.....
3. CZY U DZIECKA WYSTĘPOWAŁY W OSTATNIM ROKU (LUB WYSTĘPUJĄ OBECNIE *): DRGAWKI, UTRATY PRZYTOMNOŚCI, ZABURZENIA RÓWNOWAGI, OMDLENIA, CZĘSTE BÓLE GŁOWY, LĘKI NOCNE, TRUDNOŚCI W ZASYPIANIU, MOCZENIE NOCNE, CZĘSTE BÓLE GŁOWY, LĘKI NOCNE, CZĘSTE BÓLE BRZUCHA, WYMIOTY, KRWAWIENIE Z NOSA, PRZEWLEKAJĄCY SIĘ KASZEL I (LUB KATAR, ANGINY, DUSZNOŚCI, BÓLE STAWÓW, SZYBKIE MĘCZENIE SIĘ, NIEDOSŁUCH, JAKANIE I INNE

.....
4. DZIECKO JEST*: NIEŚMIAŁE, MA TRUDNOŚCI W NAWIĄZYWANIU KONTAKTÓW, NADPOBUDLIWE, INNE INFORMACJE O USPOSOBIENIU I ZACHOWANIU DZIECKA

.....
5. DZIECKO JEST UCZULONE* TAK, NIE (PODAĆ NA CO NP. NAZWA LEKU, RODZAJ POKARMU)

6. DZIECKO NOSI* OKULARY, APARAT ORTODONTYCZNY, WKŁADKI ORTOPEDYCZNE, INNE APARTA
ZAŻYWA STAŁE LEKI: JAKIE ?

.....
7. JAZDĘ SAMOCHODEM ZNOSI* DOBRZE, ŹLE.

8. INNE UWAGI O ZDROWIU DZIECKA

.....
OŚWIADCZAM, ŻE STAN ZDROWIA DZIECKA NIE JEST PRZECIWKAZANIEM DO UCZESTNICTWA W WYJEŹDZIE TURYSTYCZNYM GDZIE W PROGRAMIE BĘDZIE REKREACYJNA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA.

W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE.

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

.....
DATA PODPIS MATKI, OJCA LUB OPIEKUNA

* WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ