

**IX. 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 ..... ŻÓŁ.TACZKA  
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, JĄKANIE I INNE
4. DZIECKO JEST\*: NIEŚMIAŁE, MA TRUDNOŚCI W NAWIĄZYWANIU KONTAKTÓW, NADPOBUDLIWE, INNE INFORMACJE O USPOSOBIENIU I ZACHOWANIU DZIECKA .....
5. DZIECKO ZAŻYWA STAŁE LEKI: JAKIE ?

OŚWIADCZAM, ŻE STAN ZDROWIA DZIECKA NIE JEST PRZECIWAŚKAZANIEM DO UCZESTNICZTWA 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 PRAWNEGO)

\* WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ)

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. FORMA WYPOCZYNKU:

- KOLONIA  
 ZIMOWISKO  
 OBÓZ  
 BIWAK  
 PÓŁKOLONIA  
 INNA FORMA WYPOCZYNKU: .....

(PROSZĘ PODAĆ FORMĘ?)

2. TERMIN WYPOCZYNKU .....
3. ADRES WYPOCZYNKU, MIEJSCE LOKALIZACJI WYPOCZYNKU

TRASA WYPOCZYNKU O CHARAKTERZE WĘDROWNYM

NAZWA KRAJU W PRZYPADKU WYPOCZYNKU ORGANIZOWANEGO ZA GRANICĄ .....

.....  
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....  
(PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO DZIECKA .....
2. IMIONA I NAZWISKA RODZICÓW .....
3. ROK URODZENIA ( DZIEŃ, MIESIĄC, ROK ) .....
4. ADRES ZAMIESZKANIA .....
5. ADRES ZAMIESZKANIA LUB POBYTU RODZICÓW.....
6. NUMER TELEFONU RODZICÓW LUB NUMER TELEFONU OSOBY WSKAZANEJ PRZEZ PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA WYPOCZYNKU, W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU 7. ....

E-MAIL RODZICÓW

--	--

**IV. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

**UCZESTNIK PRZEBYWAŁ** .....

.....

.....

(ADRES MIEJSCA WYPOCZYNKU)

OD DNIA ..... DO DNIA ..... 2..... R.

.....  
(DATA)

.....  
(CZYTELNY PODPIS KIEROWNIKA WYPOCZYNKU)

**V. INFORMACJA KIEROWNIKA/LEKARZA/PIELĘGNIARKI O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

.....

.....

.....

.....  
(DATA)

.....  
(PODPIS KIEROWNIKA/LEKARZA/PIELĘGNIARKI)

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA)

.....  
(PODPIS WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA)

**VII. PREFEROWANE ZAKWATEROWNIE NA OBOZIE:**

(Z KIM? PROSZĘ PODAĆ IMIĘ I NAZWISKO) : .....

.....

.....  
(DATA)

.....  
(PODPIS MATKI I OJCA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO)

**VIII. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O UCZNIU**

.....

.....

.....

.....

.....  
(DATA)

.....  
(PODPIS WYCHOWAWCY KLASY)

7. INFORMACJA O SPECJALNYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH UCZESTNIKA WYPOCZYNKU, W SZCZEGÓLNOŚCI O POTRZEBACH WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, NIEDOSTOSOWANIA SPOŁECZNEGO LUB ZAGROŻENIA NIEDOSTOSOWANIEM SPOŁECZNYM

.....

.....

8. ISTOTNE DANE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU, ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNYM I STOSOWANEJ DIECIE (NP. NA CO UCZESTNIK JEST UCZULONY, JAK ZNOSI JAZDĘ SAMOCHODEM, CZY PRZYJMUJE STAŁE LEKI I W JAKICH DAWKACH, CZY NOSI APARAT ORTODONTYCZNY LUB OKULARY) .....

.....

.....

.....

O SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH (WRAZ Z PODANIEM ROKU LUB PRZEDSTAWIENIE KSIĄŻECZKI ZDROWIA Z AKTUALNYM WPISEM SZCZEPIEŃ):

TEŻEC .....

BŁONICA.....

DUR .....

INNE .....

.....

.....

.....

ORAZ NUMER PESEL UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZAWARTYCH W KARCIE KWALIFIKACYJNEJ NA POTRZEBY NIEZBĘDNE DO ZAPEWNIENIA BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 29 SIERPNI 1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (DZ. U. Z 2015 R. POZ. 2135, Z PÓŹN. ZM.).

.....  
(DATA)

.....  
(PODPIS RODZICÓW – MATKI I OJCA/PELNOLETNIEGO UCZESTNIKA WYPOCZYNKU)

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

POSTANAWIA SIĘ:

- ZAKWALIFIKOWAĆ I SKIEROWAĆ DZIECKO NA WYPOCZYNEK
- ODMÓWIĆ SKIEROWANIA DZIECKA NA WYPOCZYNEK ZE WZGLĘDU NA .....

.....

.....

.....  
(DATA)

.....  
(PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU)