

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA KOLONII

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku OBÓZ SPORTOWY
2. Adres placówki Pensjonat VILLA LEMON ul. Parkowa 6, 82-110 Sztutowo
3. Czas trwania od 28.07.2015r. do 4.08.2015r.

Gdańsk, 28 kwietnia 2015 r.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania telefon
4. Nazwa i adres szkoły klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
..... telefon
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokościzł

słownie

.....
(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)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i dziecka przez Akademię Piłkarską Lechia Gdańsk zawartych w zgłoszeniu w punktach II, III, IV, V na potrzeby obozu sportowego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101. Poz. 926 z późn. zm.)

.....

(data)

.....

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI 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

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku

za odpłatnością w wysokościzł słownie

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....
(data)

.....
(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dnia 20r.

.....
(data)

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

**VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU
W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)**

.....

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

**IX. UWAGI i SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU
PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)