

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku Obóz Modelarsko-Rekreacyjny
2. Adres Górski Ośrodek Szkolno-Wypoczynkowy „Pod Durbaszką”
3. Czas trwania wypoczynku od 19.07-08.08.2017 r.
Trasa obozu wędrownego
Kraków, 03.03.2017 r.
mgr Krystyna Marcinkowska
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNK

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia PESEL
3. Adres zamieszkania telefon
4. Nazwa i adres szkoły klasa

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

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości: zł
słownie zł.

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

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

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec błonica dżuma
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)

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)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

- Postanawia się:
1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek
ze względu:

(data) (podpis)

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

.....

.....
Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(miejscowość, data)
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

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

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

.....
(miejscowość, data)
(podpis wychowawcy-instruktora)