

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

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
.....
(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

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

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

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

X. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II i III karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka oraz oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję regulamin placówki.

.....
.....
(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: biwak
2. Adres placówki:
Harcerska Baza Szkoleniowo-Obozowa „Pająk”, Konopiska 42-274
3. Czas trwania od 23 lipca do 27 lipca 2014

.....
.....
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW/OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

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

.....
.....
(miejscowość, 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)

IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec....., błonica....., dur....., inne.....

.....
.....
(data) (podpis pielęgniarki)

V. ORZECZENIE LEKARSKIE:

Po zbadaniu dziecka stwierdzam, że może ono być uczestnikiem: biwaku organizowanego pod namiotami przez ZHP Szczep „Z Dębowego Lasu” w okresie 8-12 sierpnia 2014 roku w miejscowości Konopiska. Ewentualne uwagi lekarza (wskazania - przeciwwskazania):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(miejscowość, data) (pieczęć i podpis lekarza)

VI. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

.....
(pieczęć szkoły)
.....
.....
.....
.....
(data) (podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna)

VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości.....zł, słownie.....
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....
.....
(data) (podpis)

VIII. 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)