

WeSKI MACIEJ BARABASZ
UL.ZAGÓRZE 6c,
38-400 KROSNO
NIP: 684-249-74-35
TEL: 880 853 532
e-mail: maciek@weski.pl



SNOW&SURF SZKOŁA
Ul. Sądowa 9,
46-300 OLESNO
NIP: 615-191-58-29
Tel: + 48 604 417 303
e-mail: surfszkola@op.pl



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: PÓŁKOLONIA/OBÓZ WINDSURFING/ ŻEGLARSKI/ PATENT ŻEGLARZA/KITESURFING/ KITE + STERNIK/MULTISPORT
2. Adres: 84-140 JASTARNIA ul. RYBACKA 33
3. Czas trwania/termin 8 dni/.....

Jastarnia ,20....r. (podpis organizatora wycieczki)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

- 1.Imię i nazwisko dziecka:
 - 2.Data urodzenia:
 - 3.Adres zamieszkania:.....
..... tel. kontaktowy:.....
 - 4.Nazwa i adres szkoły: klasa
- Adres rodziców (opiekunów): dziecka przebywającego na wycieczki:.....
.....tel. kontaktowy:.....
- Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki dziecka w wysokości..... zł
słowniezł.
-
(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 DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNEKU.

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec,

błonica, dur, 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)

IV. 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

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

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

.....

.....

.....

.....

(miejsowość, 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 zdrowia dziecka.

.....

(data)

.....

(podpis matki, ojca lub opiekuna)