

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU



SNOW&SURF SZKOŁA
UL. SĄDOWA 9 46-300 OLESNO
NIP: 615-191-58-29
TEL: +48 604 417 303
@ surfszkola@op.pl

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

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: *OBÓZ WINDSURFINGOWY*
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 WYPOCZYNKU.

.....
(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)