**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

                                  placówki wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**.......................................................................................................**

**.......................................................................................................**

**.......................................................................................................**

**.......................................................................................................**

**.......................................................................................................**

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

  (miejscowość, 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)

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma placówki wypoczynku :  **OBÓZ SPORTOWY.**

2. Adres placówki: Zespół Szkół Miejskich nr 2, ul. Sienkiewicza 2,

34 – 730 Mszana Dolna

3. Czas trwania od **16.08.2015r.** do **27.08.2015r.**

Więcej informacji na stronie: **www.salos.rzeszow.pl - aktualności** lub

na **www.facebook.com/SalosDonBoscoRzeszow**

  Rzeszów 10 czerwca 2015r.       ..........................................

    (miejscowość, data)             (podpis organizatora wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Imię i nazwisko dziecka .................................................................

2. Data urodzenia ............................................................................

3. PESEL : ……………………………………………………………….……………………………………

4. Adres zamieszkania ............................................ telefon ...............

5. Nazwa i adres szkoły ................................................. klasa ..........

6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku: ...................................................................................

........................................................... telefon ...............................

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 600 zł

**słownie: sześćset złotych**

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

 (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 stale 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**

**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**

**(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy**

**klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)**

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

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

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

**........................       ....................................**

       (data)                 (podpis wychowawcy lub rodzica-

                                        -opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na ............................................................................................................................................................................................................

                        (forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia ................................ do dnia .............................. 20…… .... r.

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

        (data)                 (czytelny podpis kierownika

                                    placówki wypoczynku)