

IX. 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 wycieczki)

**X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA/SKIPERA O DZIECKU
PODZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w Karcie Kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/ prawnego opiekuna)



**KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU
KANA Jacht – Mazury 2015**

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki
REKREACYJNO-EDUKACYJNY OBOZ WEDROWNY POD ZAGLAMI
2. Adres placówki
KRAINA WIELKICH JEZIOR MAZURSKICH
3. Czas trwania wycieczki
od 26 czerwca do 5 lipca 2015 r.

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Nazwa i adres szkołyKlasa
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka:
.....
6. Telefony kontaktowe:

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

PARTNERZY KCE KANA



III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

Oświadczam, że moje dziecko **potrafi pływać / nie potrafi pływać** (zakreśl właściwe)

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

Zgadzam się na podanie stosownego leku w chorobie a w razie potrzeby na leczenie szpitalne.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

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

Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec, błonica, dur,

inne

.....
(data)

.....
(podpis lekarza, rodzica/prawnego opiekuna)

V. WYPEŁNIA LEKARZ

ZAŚWIADCZAM, że (nazwisko i imię) urodzony
może brać udział w wędrownym obozie rekreacyjno-edukacyjnym pod żaglami z elementami sportów wodnych.

Ewentualne uwagi lekarza:

.....
(data)

.....
(podpis lekarza, rodzica/prawnego opiekuna)

VI. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun: zachowanie, reakcja na stres, itp.)

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy)

VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek

Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu na:

.....
(data)

.....
(podpis organizatora)

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na wędrownym obozie rekreacyjno-edukacyjnym pod żaglami z elementami sportów wodnych

od dniado dnia 2014 r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)