

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 PIEŁĘGNIARKI 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)

**VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W
PLACÓWCE WYPOCZYNKU** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym
lub hospitalizacji dziecka**

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki
placówki wycoczynku)

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

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-
instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części

II, III, IV i VII 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 wycoczynku: Półkolonie „Artystyczne ferie w MOK-u”
2. Adres placówki: Miejski Ośrodek Kultury w Ozorkowie, ul. Wyszyńskiego 43 a , 95-035 Ozorków
3. Czas trwania: od 15.02.2016 r. do 19.02.2016 r. - I turnus
od 22.02.2016 r. do 29.02.2016 r. - II turnus

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wycoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania telefon
4. Nazwa i adres szkoły klasa
5. PESEL:
6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycoczynku:
.....
..... telefon

e-mail:

7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości
100 zł/ turnus (słownie: sto zł)
Termin wpłaty: do lutego 2016r., płatne przelewem (nr konta 46 1240
3057 1111 0010 6190 1619 Bank PEKAO S.A) lub gotówką w siedzibie organizatora.

.....
(miejsowość, data)

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