

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. 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 ortopedyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM PONADTO, 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, błonnica,

dur, inne

.....
.....
(data) (podpis pielęgniarki, lekarza lub opiekunów)

ds

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku *KOLONIE LETNIE CARITAS*

2. Adres placówki :

3. Czas trwania od do

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

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Data urodzeniaPesel.....

3. Adres zamieszkania telefon
dziecka

4. Nazwisko i imiona, adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu
dziecka w placówce wypoczynku :

.....

.....

nr telefonów do rodziców (opiekunów):

**ZAPOZNAŁEM SIĘ Z AKTUALNYMI WYTYCZNYMI MEN,
GIS i MZ DOTYCZĄCYMI ORGANIZACJI WYPOCZYNKU
DZIECI I MŁODZIEŻY.**

.....
.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(podpis ojca, matki 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)

VI. 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 Koloniach Letnich Caritas.

.....
(data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJA 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)

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 rodzica lub opiekuna)