

**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)*

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. PÓŁKOLONIE LETNIE w Centrum Kreatywności ToTu
2. ul. WRZOSOWA 4, 15-813 Białystok, 503919979
3. termin: .....r.

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

1. Imię i nazwisko dziecka  
.....
2. Data urodzenia .....
3. Adres zamieszkania  
.....  
telefon .....
4. Nazwa i adres szkoły  
.....  
klasa .....
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:  
.....  
.....  
telefon .....

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości:

..... zł  
słownie: .....zł.

.....  
*(miejsowość, 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**

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)*

---

**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

.....  
*(forma i adres miejsca wypoczynku)*

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

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