

**VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU** *(dane o chorobach, 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 karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.))**

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

**MKS 2000 Tuszyn**  
ul. Poniatowskiego 13  
95-080 Tuszyn



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA  
OBOZU SPORTOWEGO**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku – **OBÓZ SPORTOWY**
2. Miejsce placówki: – **OŚRODEK SPORTU I REKREACJI W GOSTYNIU  
UL. STAROGOSTYŃSKA 9A, 63-800 GOSTYŃ**
3. Czas trwania od – **od 7 sierpnia do 17 sierpnia 2018r.**

.....  
(miejsowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia ..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. Adres zamieszkania .....  
..... telefon .....
4. Nazwa i adres szkoły ..... klasa .....
5. Nazwisko i imiona, adres oraz nr telefonów rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku :

..... tel: .....

..... tel: .....

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości **1'050 zł** (słownie: pięćset siedemdziesiąt 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 stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary)

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

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

.....  
(miejscowość, data)

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

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

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ....., błonica .....,  
dur ....., inne .....

.....  
(miejscowość, data)

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

### V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....  
(miejscowość, 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 :

.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

### VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE SPORTOWYM

Dziecko przebywało na **OBOZIE SPORTOWYM, W OŚRODKU SPORTU I REKREACJI W GOSTYNIU, UL. STAROGOSTYŃSKA 9A, 63-800 GOSTYŃ**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)