

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU



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

1. imię i nazwisko dziecka
2. data urodzenia
3. adres zamieszkania
-
4. nazwa i adres szkoły, klasa
-
5. adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku
6. adresy e-mail rodziców
7. telefon do pracy do domu
8. komórkowy
9. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 1390,00.
Słownie: jeden tysiąc dwieście dziewięćdziesiąt złotych.

II. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Np.: na co dziecko jest uczulone (pokarm, leki, oddechowe, inne), jak znosi jazdę autokarem, czy przyjmuje stałe leki, w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny, czy nosi okulary.

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

III. DODATKOWE INFORMACJE I UWAGI RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

Waga i wzrost dziecka kg cm

Nr PESEL dziecka

Ocena umiejętności pływackich (bardzo dobra, dobra, słaba, wcale)¹

.....
dziecko posiada / nie posiada karty pływackiej¹

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

.....
miejscowość, data

.....
podpisy obojga rodziców (opiekunów)

¹ niepotrzebne skreślić

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU



IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.

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

inne

.....

.....

miejsowość, data

.....

podpis pielęgniarki

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY*

(zainteresowania, hobby, relacje z kolegami, osiągnięcia ucznia, czemu należy poświęcić więcej uwagi, inne spostrzeżenia ...)

.....

miejsowość, data

.....

podpis wychowawcy

* W przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy wypełnia rodzic lub opiekun.

ORZECZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Kwalifikuję ucznia:
imię i nazwisko

.....
data urodzenia

.....
adres zamieszkania

do uczestnictwa w obozie sportowo-rekreacyjnym.

Uwagi

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza