

IX. 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.

.....
(miejscowość i data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY – INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(miejscowość i data) (podpis wychowawcy – instruktora)

.....
pieczęć organizatora

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....
I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku:
2. Adres placówki:
3. Czas trwania:

Poznań, dn.
(miejscowość i data) (pieczęć i podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Adres zamieszkania:
4. Nr PESEL dziecka:
5. Nazwa i adres szkoły:
6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na placówce wypoczynku:
.....telefon:
7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości PLN.
słownie: 00/100 PLN

.....
(miejscowość i data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, czy moczy się, czy jest chore na padaczkę, cukrzycę, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary-soczewki kontaktowe, przeciwwskazania dotyczące ćwiczeń fizycznych, pływania, przebywania na słońcu, mrozie, proszę podać przebyte urazy oraz kontuzje)

.....
.....

Stwierdzam, że podałem/podałam wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

.....
(miejsowość i data)

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

IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI/LEKARZA O STANIE ZDROWIA lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.

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

Inne

WYPEŁNIA LEKARZ: Wyrażam zgodę na udział
w wypoczynku organizowanym przez Stowarzyszenie Kultury Fizycznej Klub Sportowy Poznań.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki)

V. ZGODA NA PODJĘCIE NIEZBĘDNEGO LECZENIA

Wyrażam zgodę na podjęcie niezbędnego leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia.

Imię i nazwisko uczestnika wypoczynku:

.....
(miejsowość i data)

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

Przynależność do Kasy Chorych:

VI. INFORMACJA O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy wypełnia rodzic, prawny opiekun dziecka)

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

.....
(miejsowość i data)

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

VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością
(słownie: 00/100 PLN)
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis)

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na:

(forma i adres placówki)
od dnia do dnia20r.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis kierownika placówki)