

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

Forma wypoczynku: **OBÓZ ŻEGLARSKI Z ELEMENTAMI ASTRONAWIGACJI**

Adres placówki:

Czas trwania od do

.....
(Data i podpis organizatora wypoczynku)

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

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

e-mail

Numer paszportu dziecka.....

Numer PESEL dziecka.....

Nazwa i adres szkoły.....

telefon.....

Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

.....

telefon.....

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 podałem(am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

IV. OŚWIADCZENIE O UMIEJĘTNOŚCI PŁYWANIA

Imię i nazwisko.....

(rodzic lub prawny opiekun)

Adres.....

Telefon.....

Dowód tożsamości.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że mój syn/córka*

(imię i nazwisko dziecka)

potrafi pływać/ nie potrafi pływać *

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

*niepotrzebne skreślić

V. ZOBOWIĄZANIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów ewentualnych szkód wyrządzonych przez moje dziecko podczas pobytu na obozie żeglarskim i pokrycia kosztów odesłania do kraju w przypadkach drastycznych naruszeń regulaminu i bezpieczeństwa.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

VI. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (WYPEŁNIA LEKARZ)

.....
(pieczęć przychodni lub praktyki prywatnej)

Stwierdza się, że (nazwisko i imię).....

Urodzony(dzień, miesiąc i rok urodzenia).....

jest zdolny do uprawiania sportów wodnych.

Ewentualne uwagi lekarza.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

VII. INFORMACJA PIELĘGNIARKI/LEKARZA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

Inne.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby uprawnionej)

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)

Dziecko przebywało na.....

(forma i adres placówki wypoczynku)

.....

od dniado dniar

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

IX. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachowaniach, urazach, leczeniu itp.) (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)

.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)

X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy - instruktora)