

**VIII. INFORMACJA 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.

.....
(miejsowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU
PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

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

.....
(miejsowość, data) (podpis wychowawcy)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: Kolonię Gimnastyczne w Elku
Adres placówki: Generała Władysława Sikorskiego 7A
2. Czas trwania od 13.08.2020 do 23.08.2020

Białystok 6.07.2020
(miejsowość, data)

SGA Białystok
(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia Miejsce urodzenia.....
3. Adres zamieszkania telefon
4. Nazwa i adres szkoły klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
.....telefon
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 1550 zł
Słownie jeden tysiąc pięćset pięćdziesiąt zł

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

**Nr konta na które należy dokonać wpłaty do dnia 13.08.2020
39 1020 1332 0000 1102 0593 4098**

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np.na.co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary);

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

Nr PESEL																				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	
--------------------------	--

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

OŚWIADCZAM, IŻ W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE

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)

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

inne.....

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

.....

/ data /

/ podpis pielęgniarki /

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(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 do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości zł słownie:
2. Zwolnić z odpłatności/zmniejszyć odpłatność do kwoty słownie:
..... ze względu
3. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu

.....
.....
(data)
(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
.....(formaiadresplacówkiwypoczynku)

od dnia do dnia

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