

**VII. 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, data)

.....
(podpis lekarza-
pielęgniarki placówki)

**VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS
POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)

--	--

KARTA ZDROWIA

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU.

1. Nazwa oferty : Obóz Zimowy - narciarsko/pływacki
2. Forma placówki wypoczynku:
3. Miejsce placówki: Szczyrk
4. Czas trwania Turnus I od 15.02.2015 do 21.02.2015r.

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia..... klasa
3. Adres zamieszkaniatel.....
4. Nazwa i adres szkoły
5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka
6. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku
.....tel.kont.
7. Pesel dziecka nazwa kasy chorych
8. Nr ubezpieczenia szkolnego
9. Załączam kopię dowodu wpłaty: ☐ cała wpłata

Po zapoznaniu się z programem imprezy, zakresem usług i świadczeń oraz cen i ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w placówce wypoczynku w miejscu i terminie podanym powyżej. Wyrażam dobrowolnie zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych firmy. Wiem, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883).

.....
data/miejsce

.....
podpis rodzica/ opiekuna

III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE

ZDROWIA DZIECKA i szczególnych potrzebach / zaleceniach

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

.....

.....

.....

STWIERDZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM(ŁEM) SIĘ Z POWYŻSZYMI PUNKTAMI I DOKONAŁAM(ŁEM) ŚWIADOMEGO WYBORU ORAZ PODAŁAM(ŁEM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA PRZYJĘTYCH POWYŻEJ ZOBOWIĄZAŃ, W TYM EWENTUALNYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW DLA MOJEGO DZIECKA.

.....
(miejscowość , data)

.....
(podpis rodzica)

IV. INFORMACJA LEKARZA O ZDROWIU UCZESTNIKA

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis lekarza rodzinnego)

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku.*
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu: *

.....

.....
(data)

.....
(podpis)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
od dnia do dnia

.....
(data)

.....
(podpis kierownika placówki wypoczynku)

* niepotrzebne skreślić