**Organizator: Fun Camp Sport**

**Rafał Matusiak**

**ul. Generalska 28 lok 2**

**94-245 Łódź**

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku –Zimowy Obóz Sportowy

2. Adres placówki - Pensjonat Limba

Kośne Hamry 15A, 34-520 Poronin

[Telefon](https://www.google.pl/search?client=firefox-b-ab&dcr=0&q=osrodek+wypoczynkowy+limba+telefon&sa=X&ved=0ahUKEwj3yPzZ1MfWAhWE1xQKHYe1D1cQ6BMIjwEwEw): 18 207 40 42

3. Czas trwania wypoczynku od 16.02.2019r. do 23.02.2019r

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA**

**NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka ...................................................................................................................................

2. Data urodzenia ..................................................Pesel…………………………………………………………………….

3. Adres zamieszkania ....................................................................................................................

telefon ........................................

e-mail………………………………………………………………………………

4. Nazwa i adres szkoły ........................................................................................ klasa ..........

5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:

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

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości

.................. zł słownie ................................................zł.

......................................... …………………..………………

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

**(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazd**ę **samochodem, czy przyjmuje**

**stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)**

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

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

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE

O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI

DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

....................... ……………. . . . . . . . . . . . . . . .

(data) podpis matki, ojca lub opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

**lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepie**ń

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ................,

błonica ............, dur ................., inne…………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………...............................................................................................................................................................................................................

……………………………… ……………………………………………………

(data) (podpis lekarza, matki, ojca, opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**

**(w przypadku braku możliwo**ś**ci 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 na wypoczynek

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek

ze względu: ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

............................................. ……………............. .......................

(data) (podpis)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na ................................................................................................................................................................ (forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia ................ do dnia ................. .... r.

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

(data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA**

**WYPOCZYNKU** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

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

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

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

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji**

 (miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IX. UWAGI I SPOSTRZE**Ż**ENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU**

**PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

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

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

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

................................... ………………………………..

(miejscowość, data ) (podpis wychowawcy-instruktora)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wyrażam zgod**ę **na przetwarzanie danych osobowych zawartych w cz**ęś**ci II, III,**

**IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezb**ę**dnym dla bezpiecze**ń**stwa i**

**ochrony zdrowia dziecka.**

................................ ………………………………............ . . . . . . .

(data) (podpis matki, ojca, opiekuna