

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Organizator: EUROPEJSKI INSTYTUT SPORTU I EDUKACJI
ul. J Rivolego 9, 60-465 Poznań
NIP: 7792440390 KRS: 7792440390, Regon: 36388468000000

2. Forma wypoczynku: Obóz Łeba – Nowęcín 2018

3. Obiekt *(proszę wybrać obiekt)*:

Ośrodek wczasowo-kolonijny „Janina” Łeba – Nowęcín, ul. Łebska 13

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Data urodzenia

3. PESEL dziecka

4. Adres zamieszkania

telefon

5. Nazwa i adres szkoły klasa

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

.....

telefon E-MAIL.....

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)

.....
.....

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Oświadczenie rodzica lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Oświadczam, że mój syn/córka odbyła wszystkie obowiązkowe szczepienia ochronne wg. Książeczki Szczepień

(podpis rodzica/opiekuna)

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek

ze względu:

(data) (podpis)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na półkolonii

od dnia do dnia r.

(data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA

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

.....
.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

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

VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....
.....

(miejsowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)

IX. STWIERDZAM, ZE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka na półkolonii.

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)
