VIII. 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 lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

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

.....

.....

.....

.....

.....

....

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)

Stowarzyszenie Harcerskie
00-675 Warszawa; ul. Hoża 57
tel./fax: (022) 621-96-12

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: **Zimowisko Szczepu Rodło**
2. Adres placówki: **Baza Szkoleniowo Wypoczynkowa Lubogoszcz;**
   34-734 Kasinka Mała
3. Czas trwania od **19** do **27 lutego 2011 r.**

~~Trasa obozu wędrownego~~ .....

Warszawa, 10.01.2010r. phm. Paweł Rubach HR

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....PESEL .....
3. Adres zamieszkania.....
   nr tel. .....
4. Nazwa i adres szkoły..... klasa.....
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
   ..... nr tel. .....
6. ~~Liczba osób na utrzymaniu rodziców (opiekunów) .....~~ (dotyczy publicznych placówek wypoczynku)
   ~~w tym ..... dzieci uczęszczających do szkół i na wyższe uczelnie~~
7. ~~Oświadczenie rodziców (~~opiekunów~~) o dochodach~~: (dotyczy publicznych placówek wypoczynku)

	Imię i nazwisko	~~Nazwa i adres zakładu pracy~~	Stanowisko	Dochód miesięczny (brutto)
ojciec opiekun				
matka opiekunka				

8. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości **860,00** zł słownie: **osiemset sześćdziesiąt** zł

....

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

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)

.....

.....

.....

.....

.....

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia życia mojego dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje

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 ojca, matki lub opiekuna)

IV. INFORMACJE PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

(lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

dur ....., inne .....

....

(miejscowość, data) (podpis pielęgniarki)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

.....

.....

.....

.....

....

(miejscowość, 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. Odmówić skierowania dziecka na placówkę ze względu .....
   .....

....

(miejscowość, data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....

(forma i adres placówki)

od dnia ..... do dnia ..... 20.....r.

....

(miejscowość, data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)