

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)

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

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia życia mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka) ...
.....
..... zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Dziecko należy do kasy chorych:
(wpisać nazwę kasy)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

IV. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii, wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna)

V. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI LUB RODZICA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec, błonica, dur, inne

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pielęgniarki/rodzica)

Va. ORZECZENIE LEKARSKIE

Po zbadaniu dziecka (imię i nazwisko dziecka)

stwierdzam,

że może ono być uczestnikiem: obozu sportowo – rekreacyjnego **14.07.2017 – 22.07.2017**.

Ewentualne uwagi lekarza (wskazania - przeciwwskazania):

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

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 wypoczynku ze względu:

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na (forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dnia 20 .. r.

.....
(miejscowość, data)

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

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.

.....
(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)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:

1. Forma wypoczynku: **obóz sportowo- rekreacyjny;**

2. Miejsce : **Ośrodek Kolonijno-Obozowy ZS Nr 1**

ul. Dworcowa 19 78-425 Biały Bór

3. Czas trwania: **od 14 do 22 lipca 2017 r.**

.....
(miejscowość, data)

(podpis i pieczęć organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka

.
.

2. Data urodzenia

3. PESEL dziecka

4. Adres zamieszkania

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka
w placówce wypoczynku:

.....

telefon mama..... telefon tata

.....

.....