

**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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

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

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)

**Grudziądzki Klub Pływacki „ORKA”**  
ul. Sobieskiego 12, 86-300 Grudziądz  
[www.orka.org.pl](http://www.orka.org.pl) [gkporka@poczta.onet.pl](mailto:gkporka@poczta.onet.pl)



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma placówki wypoczynku: **OBÓZ SPORTOWO-REKREACYJNY**
2. Adres placówki : Centralny Ośrodek Sportowo – Szkoleniowy TKKF  
ul. Poznańska 27 64-410 Sieraków
3. Czas trwania: **22.08.2015 - 29.08.2015 r**

.....  
(miejsowość, 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 .....
4. Nazwa i adres szkoły ..... klasa .....
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:  
..... tel. ....
6. Liczba osób na utrzymaniu rodziców (opiekunów). ..... (dotyczy publicznych  
placówek wypoczynku)  
w tym ..... dzieci uczęszczających do szkół i na wyższe uczelnie.
7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości ..... zł  
słownie ..... zł

.....  
(miejsowość, data)

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

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZROWIA 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 MOGŁY POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

.....  
(data)

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

**IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH**

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

inne .....

.....  
(data)

.....  
(podpis pielęgniarki)

**V. INFORMACJE O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY**

(w przypadku braku możliwości 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 do udziału w placówce wypoczynku

za odpłatnością w wysokości ..... zł ; słownie .....

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu .....

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

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

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

.....  
(data)

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