

**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  
PODZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

.....

.....

.....

.....

.....  
(miejscowość, 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**

Forma placówki wypoczynku: **OBÓZ SPORTOWY**

Adres placówki : Ośrodek Wczasowy „**Bory Tucholskie**”  
Okoniny Nadjeziorne 66 89-530 Śliwice

Czas trwania: 21.08.2021 – 29.08.2021 r.

.....  
(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 .....

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)

.....  
(miejscowość, 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 stałe 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 PIEŁĘGNIARKI 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
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu .....

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

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

Dziecko przebywało na .....

od dnia .....

.....  
(forma i adres placówki wypoczynku)

20..... r.

.....  
(data)

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