

**IX. 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.

.....
(miejsceowość, data)

.....
(podpis lekarza-
pielęgniarki placówki)

**X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS
POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

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

.....
(miejsceowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)

--	--

KARTA KOLONIJNA

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU.

1. Nazwa oferty :
2. Forma placówki wypoczynku: Obóz Konny
3. Miejsce placówki : Bierna ul. Kopernika 74 34-325 Łodygowice
4. Czas trwania oddo

**II. WNIOSEK RODZICÓW/OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA
PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU.**

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia..... klasa
3. Adres zamieszkaniatel.....
4. Nazwa i adres szkoły
5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka
6. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku
.....tel.kont.
.....
7. Pesel dziecka nazwa kasy chorych
8. Nr ubezpieczenia szkolnego
9. Załączam kopię dowodu wpłaty: cała wpłata

Po zapoznaniu się z programem imprezy, zakresem usług i świadczeń oraz cen i ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w placówce wypoczynku w miejscu i terminie podanym powyżej. Wyrażam dobrowolnie zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych firmy. Wiem, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883).

.....

IV. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE

ZDROWIA DZIECKA i szczególnych potrzebach / zaleceniach

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary itp.)

.....
.....
.....
.....
STWIERDZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM(ŁEM) SIĘ Z POWYŻSZYMI PUNKTAMI I DOKONAŁAM(ŁEM) ŚWIADOMEGO WYBORU ORAZ PODAŁAM(ŁEM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA PRZYJĘTYCH POWYŻEJ ZOBOWIĄZAŃ, W TYM EWENTUALNYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW DLA MOJEGO DZIECKA.

.....
(miejsowość , data)

.....
(podpis rodzica)

V. INFORMACJA LEKARZA O ZDROWIU UCZESTNIKA

.....
(data)

.....
(podpis lekarza rodzinnego)

VI. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy)

VII. 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)

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
od dnia do dnia

.....
(data)

.....
(podpis kierownika placówki wypoczynku)

* niepotrzebne skreślić