

**MAKSTOUR Justyna Tulicka**  
42-500 Będzin, ul. Podskarpie 26  
tel. 604 166 777  
justyna.tulicka@makstour.pl  
[www.makstour.pl](http://www.makstour.pl)

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA**  
**OBOZU AKROBATYCZNY W PASYMIU 2017**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma placówki wypoczynku: OBÓZ AKROBATYCZNY
2. Adres placówki: OW „KALWA” w PASYMIU
3. Czas trwania od 05-14.07.2017r.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzenia .....tel. ....
3. Adres zamieszkania.....
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:  
.....  
.....tel. ....
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości: .....  
słownie .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

**III. INFORMACJE 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 itp.)

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

Nr PESEL dziecka .....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....  
( data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

**IV. INFORMACJE PIELĘGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ** lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....  
( data)

.....  
(podpis pielęgniarki)

**V. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**

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

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

.....  
( data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

**VI. DECYZJA O KWLIFIKACJI 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 wypoczynku)

od dnia ..... do dnia.....

.....  
( data)

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

**VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA 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)