**MAKSTOUR SP. Z O.O.**

41-214 Sosnowiec, ul. Gen. Józefa Hallera 2/14

 tel. 606 998 787

 rafal.tulicki@makstour.pl

 www.makstour.pl

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA**

**obozu narciarsko-snowboardowego w Szczyrku**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma placówki wypoczynku: **obóz narciarsko-snowboardowy**

2. Adres placówki: Centrum Kongresów i Rekreacji Orle Gniazdo \*\*\* w Szczyrku

3. Czas trwania od 10.02-16.02.2019 r.

……..…………………….. …….……………………………..

 (miejscowość, 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 …………………………………………………….........................................................................

………………………….. …………. …... …………………………

 (miejscowość, 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 IFORMACJE 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)