

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 urodzeniatel.
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 INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....
(data) (podpis rodzica lub opiekuna)

IV. INFORMACJE PIEŁĘGIARKI (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.

..... (mięscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

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

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

..... (mięscowość, data) (podpis wychowawcy - instruktora)