

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
obożu sportowego w Ramsowie

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: **obóz sportowy**
2. Adres placówki: Hotelu Star-Dadaj ***Resort & SPA w Ramsowie
3. Czas trwania od 15.07-24.07.2019 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 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.

..... (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)