

MAKSTOUR Justyna Tulicka
42-500 Będzin, ul. Podskarpie 26
tel. 604 166 777
justyna.tulicka@makstour.pl
www.makstour.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA
OBOZU TANECZNO-AKROBATYCZNEGO W RAMSOWIE 2014

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: obóz taneczno-akrobatyczny
2. Adres placówki: Hotel STAR DADAJ ***SPA W RAMSOWIE
3. Czas trwania od 01.08-10.08..2014r.

.....
(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.

..... (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)