**Organizator: Towarzystwo Przyjaciół Dzieci
Oddział Miejski
ul. 3-go Maja 22/211
41-300 Dąbrowa Górnicza**

**Nr konta bankowego** **Bank PKOBP Oddział 1 w Sosnowcu**

**38 1020 2498 0000 8102 0175 3839**

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku .................................

2. Adres ...........................................

3. Czas trwania wypoczynku od ............... do .......................

Trasa obozu wędrownego ...................................

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA**

**NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka ..................................

2. Data urodzenia ...........................................

3. Adres zamieszkania ................... telefon ...........

4. Nazwa i adres szkoły .................... klasa ..........

5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:

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

......................................... telefon ...........

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości

.................. zł słownie ................................................zł.

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

(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

**(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazd**ę **samochodem, czy przyjmuje**

**stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)**

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

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

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

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

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

……………………………………………..

……………………………………………..

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE

O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI

DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

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

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

**lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepie**ń

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ................,

błonica ............, dur ................., inne .............

**.................... .............................**

(data) (podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**

**(w przypadku braku możliwo**ś**ci uzyskania opinii wychowawcy klasy -**

**wypełnia rodzic lub opiekun)**

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

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

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

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

**........................ ................................**

(data) (podpis wychowawcy lub rodzica -opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek

ze względu: ...............................................

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

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

(data) (podpis)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na .......................................

(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia ................ do dnia ................. 2 .... r.

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

(data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA**

**WYPOCZYNKU** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

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

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

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

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji**

**dziecka**

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

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę

medyczną podczas wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IX. UWAGI I SPOSTRZE**Ż**ENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU**

**PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

**...............................................................**

**...............................................................**

**...............................................................**

**...............................................................**

**...............................................................**

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wyrażam zgod**ę **na przetwarzanie danych osobowych zawartych w cz**ęś**ci II, III,**

**IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezb**ę**dnym dla bezpiecze**ń**stwa i**

**ochrony zdrowia dziecka.**

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

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna