

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

(miejsowość, data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

(miejsowość, data) (czytelny podpis wychowawcy wypoczynku)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

- 1. Forma wypoczynku : KOŁONIA
- 2. Termin wypoczynku:
- 3. Adres wypoczynku:

(miejsowość, data) (pieczęć i podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka

ANNA KOŁAŁSKA

2. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów oraz numer PESEL

imię i nazwisko	telefon kontaktowy	Numer PESEL
Ojciec JAN KOŁAŁSKI	606 606000	80060100563
Matka MARIA KOŁAŁSKA	505505000	80010300248

3. Data urodzenia uczestnika

04.2000 r.

4. Adres zamieszkania ul. PROSTA 3, 32-200 MIECHÓW

5. Nazwa i adres szkoły SZKOŁA PODSTAWOWA im. Żołnierzy Armii Krajowej w MIECHOWIE

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (opiekunów):

ul. PROSTA 3, 32-200 MIECHÓW

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku (41) 663 40 30

8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

0754 EK 57A

9. Istotne dane o stanie zdrowia dziecka uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary).

uczułona na nabiał

nosi okulary

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

teżec

blonica

dur

inne

Nr PESEL uczestnika wypoczynku 0024 M 0053A

Stwierdzam, że podałem/lam wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. Zm.)).

5.06.2016 r.

(data)

Maia Koralak
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się:

- ☐ Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.
☐ Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

(data)

(podpis organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia do dnia 2016 roku.

(data)

(czytelny podpis kierownika wypoczynku)