

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: **KOLONIE/OBÓZ MŁODZIEŻOWY**
2. Adres placówki: **COLONIA BELLELLI VIALE C. COLOMBO 10 47042 CESENATICO (FC) ITALI
NR TEL. 0030 0547 755 75**
3. Czas trwania wycieczki:
4. Ubezpieczenie: **SIGNAL IDUNA: KL DO 10.000 EURO, NNW DO 10.000 PLN, BAGAZ DO 1.000 PLN**

Miejscowość data

(podpis organizatora wycieczki)

II WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Adres zamieszkania:
4. Nazwa i adres szkoły:
5. Adres, nr tel. rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce.

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki dziecka w wysokości: **1.655 PLN**

(miejscowość, data)

.....
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

III INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem/autokarem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary), itd.

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMOC 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 szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec błonica..... dur, inne

.....
(data)

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

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskani opinii wychowawcy klasy— wypełnia rodzic lub opiekun)

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

V POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres miejsca wypoczynku) od dnia do dnia 20... r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VI INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(miejsowość, data}

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

VII UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....
(miejsowość, data}

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
(data)

.....
podpis matki, ojca lub opiekuna)