

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU LETNIEGO

### VII. Informacje o pobycie i stanie zdrowia dziecka w czasie wycieczki:

1. Dziecko przebywało na kolonii / obozie od ..... do.....
2. Dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp. ....  
.....  
.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

### I. Informacje organizatora wycieczki:

1. Forma wycieczki: Turystyczny Obóz Letni „Pieniny / Gorce 2019”
2. Adres placówki: Willa Małgońska ul. Polna 18, 34-450 Grywałd
3. Czas trwania obozu: wyjazd 06.07 – przyjazd 16.07. 2019 r.

Koszalin, dnia 04.04.2019 r. ....

(podpis organizatora wycieczki)

### II. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na wycieczkę:

1. Imię i nazwisko uczestnika .....
2. Data urodzenia .....
3. Adres zamieszkania.....
4. Adres rodziców ( opiekunów) w czasie wycieczki dziecka.....  
..... telefon .....

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka na kolonii / obozie w kwocie 1595.00 zł  
Słownie: jeden tysiąc pięćset dziewięćdziesiąt pięć złotych.

Po zapoznaniu się z programem obozu, zakresem usług i świadczeń oraz cen i ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w placówce wycieczki w miejscu i terminie podanym wyżej.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

Nr PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Oświadczam:

° rezygnuję z wystawienia rachunku

° zamawiam wystawienie rachunku

Proszę o wystawienie rachunku dla .....

.....  
(dokładna nazwa odbiorcy, adres, kod, miejscowość, ulica, nr domu, lokalu, NIP)

### VIII Informacje i spostrzeżenia wychowawcy wycieczki dotyczące uczestnika wycieczki

.....

Grywałd .....

.....

Podpis wychowawcy

Dziecko .....

Zostało zakwalifikowane do udziału w turystycznym obozie  
„Pieniny / Gorce 2019”

.....  
Podpis i pieczęć organizatora

### III. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka.

1. Jakie choroby lub dolegliwości, uczulenia występują u dziecka (właściwe podkreślić): astma, padaczka, choroby nerek, choroba reumatyczna, inne choroby.....  
.....
2. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie (właściwe podkreślić): drgawki, omdlenia, tiki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, częste bóle głowy, lęki nocne, moczenie nocne trudności w zasypianiu, duszności, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienie z nosa, przewlekający się kaszel, katar, anginy), bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jękanie się, inne: .....  
.....
3. Dziecko jest (właściwe podkreślić): nieśmiałe, nadpobudliwe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka: .....  
.....
4. Dziecko nosi (właściwe podkreślić): okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne aparaty:.....  
.....

#### Zażywa stale leki :

**jakie?**.....

**jak często?**.....

5. **Dziecko jest uczulone (podać na co)**.....  
**Czy znane są przeciwwskazania na niektóre leki (podać jakie)?**.....  
.....
6. **W przypadku wystąpienia uczulenia (lub zgłoszonych objawów) należy zastosować następujący sposób postępowania:**.....  
**X - w przypadku wystąpienia gorączki należy podać:** .....
7. Jazdę autokarem znosi : **źle, dobrze.**
8. **Inne uwagi o zdrowiu dziecka:**.....

#### 9. Oświadczenie rodziców / opiekunów

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia życia mojego dziecka .....

..... zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

**OŚWIADCZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE WYPOCZYNKU.**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

- IV. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki ( zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1998 r. o ochronie danych osobowych – Dz.U.z 2015 r. poz. 2135, z póź. Zm.)

.....  
(data) – podpis rodzica / prawnego opiekuna

### V. Zgoda na wykorzystanie wizerunku Dziecka

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających Wizerunek mojego dziecka zarejestrowany podczas realizacji programu obozu w mediach. Przyjmuje do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i potrzeb Biura.

.....  
Koszalin, data

.....  
podpis rodzica / opiekuna prawnego

### VI. Informacje o szczepieniach:

#### (mogą wypełnić rodzice na podstawie karty szczepień)

1. Szczepienia przeciw tężcowi, (podać datę).....  
Lub wpis „zgodnie z kalendarzem szczepień”.....  
szczepienie p/ WZW B (żółtaczka typu B) – ile razy, daty.....  
lub wpis „, zgodnie z kalendarzem szczepień”.....  
szczepienie dur, błonica ( podać datę) .....  
lub wpis „, zgodnie z kalendarzem szczepień” .....  
Inne szczepienia .....
2. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis pielęgniarki / rodzica)