

KARTAKWALIFIKACYJNAUCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku : **obóz sportowy (zgrupowanie/konsultacje sportowe)**
2. Adres: **Zachodniopomorskie Centrum Turystyki i Rehabilitacji Sp. z o.o. ul. Kołobrzeska 32, 72-330 Mrzeżyno**
3. Czas trwania **12-18 sierpień 2017**

Kościan, dnia 2017-05-20

(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka

.....

2. Data urodzenia

.....

3. Miejsce urodzenia

.....

4. Adres zamieszkania

.....

..... telefon

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na placówce wypoczynku:

..... telefon

6. Numer PESEL (uczestnika).....

7. Uczestnik jedzie zorganizowanym autokarem TAK..... (właściwie zakreślić) NIE..... (dowodzi rodzic)
Inne:

.....

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, czy moczy się, czy jest chore na padaczkę, cukrzycę, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, przeciwwskazania dotyczące ćwiczeń fizycznych, pływania, przebywania na słońcu, mrozie)

.....

.....

.....

Stwierdzam, że podałem/łam wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

.....

(data)

.....

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. INFORMACJA PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień. Szczepienia ochronne (podać) rok: tężec, błonica, dur.....inne

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis pielęgniarki)

