

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: *Pół-zimowisko w Centrum Kultury Prawosławnej*
2. Adres: Fundacja OIKONOMOS, ul. Św. Mikołaj 5, 15-420 Białystok
3. Czas trwania od *26.01.2015* do *30.01.2015*

Białystok, dn.
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data urodzenia:
3. Pesel dziecka:
4. Adres zamieszkania:
- telefon:
5. Nazwa i adres szkoły: klasa:
6. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:
- telefon:
7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości: 180,00 zł słownie: *sto osiemdziesiąt złotych*

.....
(miejscowość, data)

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Przebyte choroby (proszę podać, w którym roku życia): odra, ospa, różyczka....., świnka....., szkarlatyna....., żółtaczką zakaźną, choroby reumatyczne....., choroby nerek, astma, padaczka, inne
2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku (omdlenia, bóle głowy, brzucha, niedosłuch, duszności, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, katar, anginy i inne)
3. Na co dziecko jest uczulone (proszę podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu)
4. Jak znosi jazdę samochodem*?
- *Jeśli źle, to prosimy o zaopatrzenie uczestnika np. w aviomarin lub inny lek uzgodniony z lekarzem.*
5. Czy przyjmuje stale leki, w jakich dawkach*?
- *Jeśli przyjmuje leki, to prosimy o zaopatrzenie uczestnika w ten lek, a sposób dawkowania prosimy przekazać pisemnie wychowawcy na zbiórce.*
6. Czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary
7. Inne informacje o zdrowiu uczestnika:

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU. W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I OPERACJE.

.....
(miejscowość, 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 uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

Szczególne zdolności, zainteresowania, cechy charakteru, osobowość itp.:

Inne informacje, które pozwolą na stworzenie dziecku odpowiednich warunków pobytu dziecka na półkoloniach:.....

.....
(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 Pół-zimowisku w Centrum Kultury Prawosławnej w Białymstoku w dniach oddo.....2015r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

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

.....
Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)

X. 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)

XI. ZGODA NA WYJAZDY

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w planowanych wyjściach w ramach wypoczynku podczas pół-zimowiska organizowanego przez Fundację "OIKONOMOS" i Bractwem Młodzieży Prawosławnej w Polsce w Centrum Kultury Prawosławnej w terminie 26-30.01.2015 r.

.....
(data)

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