

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: *Warsztaty plastyczno-ikonograficzne II*
2. Adres wycieczki: Akademia Supraska, ul. Klasztorna 1, 16-030 Supraśl
3. Adres organizatora: Fundacja OIKONOMOS, ul. Św. Mikołaja 5, 15-420 Białystok
4. Czas trwania od *06.07.2019* do *14.07.2019*

Białystok, dn.

(miejsowość, data)

.....

(podpis organizatora wycieczki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data urodzenia:
3. Pesel dziecka:.....
4. Adres zamieszkania:
5. Nazwa i adres szkoły: klasa:
6. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce:
.....
telefony:
email rodzica/-ów:
7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki dziecka w wysokości: 900,00 zł (słownie: *dziewięćset złotych*)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Przebyte choroby (proszę podać, w którym roku życia): odra, ospa, różyczka....., świnka....., szkarlatyna....., żółtaczkę 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?
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. Informacja o szczepieniach
 Zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień
 Niezgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień – *prosimy o przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem /odmową szczepień.*
8. 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.

.....
(miejsowość, data)

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

.....
(miejsowość, data)

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

