

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: *Kolonie adaptacyjne w Akademii Supraskiej*
2. Adres wypoczynku: Akademia Supraska, ul. Klasztorna 1, 16-300 Supraśl
3. Adres organizatora: Fundacja OIKONOMOS, ul. Św. Mikołaja 5, 15-420 Białystok
4. Czas trwania od *30.06.2019* do *06.07.2019*

Białystok, dn. ....

(miejscowość, data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku)

### 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 wypoczynku: .....  
telefony: .....  
email rodzica/-ów: .....
7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości: 500,00 zł (słownie: *pięćset 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....., 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.

.....  
(miejscowość, data)

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

#### IV. 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 koloniach:

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

.....  
.....  

---

**(miejsowość, data)** **(podpis wychowawcy lub rodzica, opiekuna)**

#### V. WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZAWARTYCH W CZĘŚCI II I III KARTY KWALIFIKACYJNEJ W ZAKRESIE NIEZBĘDNYM DLA BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY ZDROWIA DZIECKA.

.....  
.....  
**(miejsowość, data)** **(podpis matki, ojca lub opiekuna)**

#### VI. ZGODA NA WYJŚCIA I WYJAZDY

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w planowanych wyjściach i wycieczkach w ramach wypoczynku poza placówkę podczas kolonii adaptacyjnych organizowanych przez Fundację "OIKONOMOS" w Akademii Supraskiej w terminie 30.06-06.07.2019 r.

.....  
.....  
**(miejsowość, data)** **(podpis matki, ojca lub opiekuna)**

#### VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu

.....  
.....

.....  
.....  
**(data)** **(podpis organizatora lub kierownika wypoczynku)**

#### VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na *Koloniach adaptacyjnych w Akademii Supraskiej* w dniach od .....do.....2019r.

.....  
.....  
**(data)** **(czytelny podpis kierownika wypoczynku)**

#### IX. 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 organizatora)**

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

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

.....  
.....  
**(miejsowość, data)** **(podpis wychowawcy-instruktora)**