

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: BOMBARDIER BASKETBALL CAMP SUMMER 2021, obóz o profilu koszykarskim. Wypoczynek w miejscu używanym okazjonalnie do wypoczynku.
2. Adres placówki: Zespół Szkół w Resku, ul. Prusa 2, 72-315 Resko, Powiat Łobez, województwo zachodniopomorskie.
3. Czas trwania od: 16.08.2021 do 25.08.2021.

SZCZECIN

(miejsowość, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

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

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia..... pesel.....

Adres zamieszkania..... telefon.....

Nazwa i adres szkoły..... klasa.....

Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce

wypoczynku:

telefon.....

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości: 1000zł (słownie: tysiąc złotych).

.....
(miejsowość, data)

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU.

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonica, dur,
inne

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki)

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości 1000zł (słownie: tysiąc złotych).
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu na:.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na obozie BOMBARDIER BASKETBALL CAMP, ZS w Resku, ul. Prusa 2, 72-315 Resko
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dnia 2021 r.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wychowawcy-instruktora)