

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: BOMBARDIER BASKETBALL CAMP WINTER 2023, obóz o profilu koszykarskim. Wypoczynek w miejscu używanym okazjonalnie do wypoczynku.
2. Adres placówki: Zespół Szkół Rolniczych w Świdwinie, ul. Szczecińska 88, 78-300 Świdwin, Powiat Świdwin, województwo zachodniopomorskie.
3. Czas trwania od: 16.02.2023 do 22.02.2023.

.....
(miejscowość, 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: 1000 zł (słownie: tysięcy złotych).

.....
(miejscowość, 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 PLACÓWCE WYPOCZYNKU*

.....
(data)

.....
(podpis rodzica 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 1000 zł (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, ZSR w Świdwinie, ul. Szczecińska 88
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia ..16.022023.. do dnia ...22.02.. 2023 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)

*wypełnia rodzic/opiekun