

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: BOMBARDIER BASKETBALL CAMP ZIMA 2024, 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: 22.01.2024 do 27.01.2024.

.....  
(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: tysiąc 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 ..22.01.2024.. do dnia ...27.01. 2024 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