

---

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI

1. RODZAJ PLACÓWKI WYPOCZYNKU: **KOLONIA – OBÓZ KARATE REKREACYJNO-WYPOCZYNKOWY**
2. ADRES PLACÓWKI: **ul. Bałtycka 101,76-107 Jarosławiec**
3. CZAS TRWANIA WYPOCZYNKU: **24.06-05.07.2017**
4. ORGANIZATOR: **TRAFFIC ZAJĘCIA REKREACYJNO RUCHOWE -KRZYSZTOF CHAŁUPKA 26-420 NOWE MIASTO NAD PILICĄ UL. MOSTOWA 31, TEL: 695246000**

(podpis organizatora wycieczki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzenia.....PESEL DZIECKA.....
3. Adres zamieszkania.....
4. Telefon do rodziców (opiekunów).....
5. Email:.....
6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki.....

.....telefon.....

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

## III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę Autokarem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny, lub okulary, itp.)

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

Stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki.

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

---

**IV. INFORMACJA LEKARZA, PIEŁĘGNIARKI, LUB PRZEDSTAWIENIE KSIĄŻECZKI ZDROWIA Z AKTUALNYM WPISEM SZCZEPIEŃ.**

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza, lub pielęgniarki)

**V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZETNIKA – WYPEŁNIA ORGANIZATOR POSTANAWIA SIĘ:**

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku  
.....
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

**VI. Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu na placówce wypoczynku ( dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)  
Wypełnia Ratownik Medyczny pełniący 24 h opiekę zdrowotną nad dziećmi)**

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

.....  
(miejsowość, data )

.....  
(podpis ratownika medycznego placówki wypoczynku)

**VII. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy – instruktora o dziecku podczas pobytu na placówce wypoczynku – wypełnia organizator.**

.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy – instruktora)