



Pieczętka agenta

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU.

Forma placówki wypoczynku.....
Adres placówki (trasa obozu wędrownego).....
Czas trwania od.....do.....

.....
(miejscowość , data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

Imię i nazwisko dziecka.....
Data i miejsce urodzenia.....
Numer PESEL dziecka.....numer kasy chorych.....
Nazwa i adres szkoły.....
Adres zamieszkania.....
Kod..... miejscowość..... tel.....
Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.....
e-mail..... tel.....

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

1. O stanie zdrowia dziecka (pobierane leki, schorzenia, dolegliwości, uczulenia itp.

.....
2. Przebyte szczepienia (podać rok) tężec..... błonica..... dur.....
Inne.....

3. O umiejętności pływania

Oświadczam że syn / córka, **potrafi pływać / nie potrafi pływać ***

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

IV. ZOBOWIĄZANIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

Zobowiązuje się do pokrycia kosztów ewentualnych szkód wyrządzonych przez moje dziecko podczas Pobytu w placówce wypoczynku.

(p. 9 Warunki uczestnictwa PW KAPER)

Stwierdzam że podałem(am) wszystkie znane mi informacje o dziecku które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

* niepotrzebne skreślić

V. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica – opiekuna)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na.....

Od dnia..... do dnia..... 2.....r.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika obozu)

VII. UWAGI SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy – instruktora)

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)

.....
(pieczęć przychodni)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się że u (nazwisko i imię).....

Urodzony (dzień, miesiąc i rok).....

brak przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa na jachtach żaglowych i motorowych

Ewentualne uwagi lekarza.....

.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)