KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

# INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

 1.Forma wypoczynku Obóz Sportowo-rekreacyjny

2. Adres placówki: **Ośrodek Sportu i Rekreacji w Sędziszowie
 ul. Dworcowa 20a
 28-340 Sędziszów
 tel./fax 41 381-27-30, 41 381-27-36
 e-mail:**osir@sędziszow.pl**,**[www.osir.sedziszow.pl](http://www.osir.sedziszow.pl)

3. Czas trwania od 22.08.2016 do 31.08.2016

 4. Organizator: Uczniowski Klub Sportowy KADET Oświęcim

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

 (miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

 1.Imię i nazwisko dziecka ..........................................................................................

 2.Data urodzenia .............................................Pesel.........................................

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

4. Nazwa i adres szkoły ........................................................................... klasa ......

5. Nazwisko i imiona, adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku :

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

nr telefonów do rodziców (opiekunów).........................................

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości: 1 100,00 zł słownie: jeden tysiąc sto złotych 00/100

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

(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

1. **INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

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

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

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

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

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

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

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

 (data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

 **lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień**

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ................., błonnica ....................,

dur ........................., inne .................................. .

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

 (data) (podpis pielęgniarki, lekarza lub opiekunów)

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**

**( w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)**

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

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

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

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

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

 (data) (podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

**VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się :

 1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.

 2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu : ............................................................................................................................................................................................................................

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

 (data) (podpis )

1. **POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na obozie sportowo-rekreacyjnym w Ośrodku Sportu i Rekreacji w Sędziszowie ul. Dworcowa 20a 28-340 Sędziszów od dnia 22.08.2016 r. do dnia 31.08.2016r.

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

 (data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

**VIII. 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**

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

 (miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki )

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.**

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

 (data) (podpis rodzica lub opiekuna)