

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU
W PLACÓWCE WYPOCZYNNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

(miejsceowość, data)

(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU
PODZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNNKU.

(miejsceowość, data)

(podpis wychowawcy)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNNKU

1. Forma placówki wypoczynku: **Kolonia letnie**
2. Adres placówki: **KROKUS Miecho-Unieście**
3. Czas trwania: od **08.08.2023 r. do 17.08.2023 r.**

Bydgoszcz

(miejsceowość, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka Miejsce urodzenia
2. Data urodzenia telefon
3. Adres zamieszkania klasa
4. Nazwa i adres szkoły telefon
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
.....
6. Zobowiązuję się do uszczerzania kosztów pobytu dziecka w wysokości zł
słownie zł

(miejsceowość, data)

(podpis rodzica lub opiekuna)

Opieca(opiekun)	Imię i nazwisko	Nazwa i adres zakładu pracy	Stanowisko	Dotchód miesięczny brutto
Marta(opiekunka)				

Nr konta: ZW NSZZP w Bydgoszczy 97 1020 1462 0000 7102 0135 2384
na które należy dokonać wpłaty do dnia 15.03.2023 r. – 500,- zł,
do dnia 15.06.2023 r. – pozostałą kwotę

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

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

Nr	PESEL																			
----	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

STWIERDZAM, ŻE PODALAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU.
OSWIADCZAM IŻ W RAZIE ZAGROZENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE
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 matki, ojca lub opiekuna)

IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH
lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienie ochronne (podaj rok): wżec tężnica dżr inne

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
..... / data / / podpis pielęgniarki /

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY
(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypielnia rodzic lub opiekun)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
..... (data) (podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

- Postanawia się:
1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości zł słownie:
 2. Zwolnić z odpłatności/zmniejszyć odpłatność do kwoty słownie:
 3. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu

.....
..... (data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres placówki wypoczynku)
od dnia do dnia

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