

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: Ośrodek wypoczynkowy Rewita w Waplewie
2. Adres placówki: Maróz 2, 11-015 Olsztynek
3. Czas trwania od -25-06-2022 do 03-07-2022

..Elbląg 20-06-2022.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis organizatora wypoczynku)

---

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....

2. Data urodzenia .....Miejsce urodzenia.....

3. Adres zamieszkania .....

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

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

.....

telefon opiekuna.....

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości .....zł

Słownie: .....zł

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis rodzica lub opiekuna)

**Nr konta na które należy dokonać wpłaty**

**BGŻ o/Elbląg,**

**UKS Olimpia Judo Elbląg**

**49 2030 0045 1110 0000 0250 3860**

### III. 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 ortodontyczny lub okulary);

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

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

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	
-----------------------------	--

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

OŚWIADCZAM, IŻ W RAZIE ZAGROŻENIA 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 PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienie ochronne (podać rok): tężec ....., błonica ....., dur .....,

inne.....

.....  
.....

.....  
/ data /

.....  
/ podpis pielęgniarki /

## V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(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 do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością

w wysokości ..... zł słownie: .....

2. Zwolnić z odpłatności/zmniejszyć odpłatność do kwoty ..... słownie: .....

..... ze względu .....

3. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

## VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na obozie Waplewo 2022 w terminie:

od dnia ..... do dnia .....

.....

(data)

.....

(czytelny podpis kierownika placówki 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.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

---

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU  
PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wychowawcy)

(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)