

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU****I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

Forma wycieczki – zgrupowanie sportowe "Rogowo 2017"

Adres placówki – **Domy Wczasowe „REVITA” w miejscowości ROGOWO.**  
**Rogowo 72-330 Mrzeżyno Gryfickie**  
**tel: 91-386 62 69 lub 91-386 61 55**

[www.rewita.pl](http://www.rewita.pl)



Czas trwania wycieczki od **25.06 do 02.07.2017**

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis organizatora wycieczki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....

2. Data urodzenia..... pesel.....

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

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

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

.....telefon.....

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis ojca, matki lub opiekuna)

**III. OŚWIADCZENIE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA**

Oświadczam, że moje dziecko nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych i może w pełni brać udział we wszystkich zaplanowanych zajęciach podczas zgrupowania.

.....

(data)

.....

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

**IV. 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)

.....

.....

.....

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

**W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi  
diagnostyczne i operacje.**

Wyrażam zgodę na umieszczenie danych w/w osoby w bazie teled adresowej MUKS 11 Zielona Góra i  
SKS Flesz Świdnica zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. oraz na  
przesyłanie korespondencji na nasz adres.

.....  
(data)

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

---

#### **IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

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

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

.....  
(data)

.....  
(podpis pielęgniarki)

---

#### **V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY**

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

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(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 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 ..... 20 ..... r.

.....

(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

.....

(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-instruktora)

---

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)