

Drukuj dwustronnie - BĘDZIESZ FAJNY !!

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

I . INFORMACJA ORGANIZATORA

1. Forma wypoczynku – **Obóz Zimowy Orka Lubań 2024**
2. Czas trwania **I TURNUS (15.01.2024 - 21.01.2024)**
 II TURNUS (21.01.2024 - 27.01.2024)
3. Miejsce – **Szklarska Poręba, Interferie Sport Hotel Bornit, ul. Mickiewicz 21, 58-580 Szklarska Poręba**

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

Imię i nazwisko dziecka

.....

Data urodzeniaPESEL

.....

Adres zamieszkania

..... kod.....

Telefony kontaktowe:..... adres e-mail

.....

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w wycieczce szkolnej oraz na ewentualną interwencję i pomoc medyczną - obowiązkowe!!!

Data/Miejscowośćpodpisy obojga rodziców (prawnych opiekunów)

.....

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA – obowiązkowe!!!

1. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka*: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bezsenność, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenia nocne, urazy kończyn, inne:

.....

2. Przebyte choroby (rok): błonica, żółtaczka zakaźna, dur (tyfus) brzuszny, inne

.....

3. Dziecko jest uczulone na

.....

4. Przyjmuje stale leki w dawce

.....

5. Jak znosi jazdę autokarem? 6. Czy nosi?: aparat ortodontyczny, okulary

.....

7. Inne

.....

.....

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

*Jeżeli istnieją dolegliwości lub objawy odpowiednie zakreślić.

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

.....

.....

data
opiekunów

podpis rodziców -

IV. INFORMACJA PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

(możliwość dołączenia ksero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

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

covid-19 (ilość i daty poszczególnych dawek).....

.....

inne

.....

..

.....

.....

data
lekarza/pielęgniarki/rodzica

podpis

V. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYCIECZCE SZKOLNEJ (wypełnia organizator po zakończeniu wycieczki)

.....

.....

VI. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE

WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach , urazach , leczeniu) – wypełniane po obozie

.....

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji

.....

.....

(miejscowość ,data)
wypoczynku)

(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki

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

.....

.....

data
opiekuna

podpis wychowawcy lub rodzica-

* niepotrzebne skreślić