

ZAŁĄCZNIK NR 2 KARTA KWALIFIKACYJNA SPORTUJMY

VI. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

(miejsowość, data)

(podpis wychowawcy wypoczynku)

VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: CBOZ
 2. Termin wypoczynku: 01-07-18
 3. Adres wypoczynku: VILLA NATURA Daisic
30.06.2018 Reman
- (miejsowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika: Jan Konański
2. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów: Janina Konańska
3. Rok urodzenia: 2004
4. Adres zamieszkania: ul. Żębdlana 19/1
60-642 Poznań
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców podczas pobytu dziecka na obozie: Janina

6. Numer telefonu rodziców/ opiekunów w czasie trwania wypoczynku: 519 400 071

7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości: 1050,00 zł

słownie: jeden tysiąc pięćdziesiąt 00/100 zł

(miejsowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

8. Dotyczy osób ubiegających się o dofinansowanie z budżetu - należy

uzupełnić poniższe dane:

Rodzic/Opiekun	Imię i nazwisko	Nazwa i adres zakładu pracy	Stanowisko	Dochody miesięczne netto
Ojciec/Opiekun				
Matka/Opiekunka				

* Propozycje gdy wymaga załączenia

(miejscowość i data)

(podpis ojca, matki lub opiekuna)

III. INFORMACJE RODZICÓW OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznoego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

nie dotyczy
 dotyczy.....

2. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

Skalany, uszeregowanie okularów

3. Istotne dane o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

jęzecz: 2006, błonica: 2007, dur: 2008, inne.....

Deklaruję, że dziecko ~~jest~~ jest/nie jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień. (Niewłaściwie skreślić)

30.08.18 (data) Jasińska Karolina (podpis rodziców/opiekunów)

Wyrażam/ nie wyrażam zgody na podawanie mojemu dziecku leków przez wychowawcę grupy podczas obozu (wypełnić tylko, jeśli dziecko przyjmuje stałe leki). Lista leków wraz z dawkowaniem

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku 0000000000

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

IV. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się
 zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
 odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

NZÓR

NZÓR

NZOR

(data)

(podpis organizatora wycieczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....

do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....

V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał na

.....
(Forma i miejsce wycieczynku)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wycieczynku)

.....
(data i miejscowość)

.....
(podpis rodziców/opiekunów)

NZOR

