

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachowaniu, urazach, leczeniu itp.)

Organizator informuje rodziców (opiekunów) o hospitalizacji lub leczeniu ambulatoryjnym dziecka.

_____ (miejscowość, data)

_____ (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

_____ (miejscowość, data)

_____ (podpis wychowawcy-opiekuna)

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.

_____ (miejscowość, data)

_____ (podpis matki, ojca lub opiekuna)



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: Zimowisko stacjonarne
2. Adres: Olcza, Rybkówka 1, 34-500 Zakopane
3. Czas trwania: 19 - 25 stycznia 2015 r.

_____ (miejscowość, data)

_____ (podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka _____
2. PESEL _____
3. Data urodzenia _____
4. Adres zamieszkania _____
5. Nazwa i adres szkoły _____ klasa
6. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku _____

Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów wypoczynku mojego dziecka w wysokości: zł

_____ (miejscowość, data)

_____ (podpis organizatora wypoczynku)

