

**VII. 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.

.....  
(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

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

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

.....  
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy)



**MAGIC SPORT CAMP**

Magic Sport Tomasz Natalia Bieniek s.c  
NIP 9542768676  
tel: 536-517-536

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Rodzaj obozu: .....
2. Adres placówki: .....
3. Czas trwania .....

.....  
(miejscowość, 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 .....
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości .....zł  
słownie ..... zł

.....  
(miejscowość, data) (podpis rodzica lub opiekuna)

**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, VI 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 lub rodzica /

**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. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na .....  
(forma i adres placówki wypoczynku)

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

.....  
(data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)