



**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)