



**Klub Sportowy „Rekin”**

**ul. Mieszka Starego 4**

**58-160 Świebodzice**

REGON:020309331

NIP:8842594659

NR KONTA: 82 1500 1764 1217 6006 2021 0000

KONTAKT : 606-626-274

## **KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

### **I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Forma wycieczki: obóz sportowo-rekreacyjny

2. Adres: *Aleja Zdobywców Wału pomorskiego 99,*

*78-600 Wałcz. Centralny Ośrodek Sportu-Ośrodek Przygotowań Olimpijskich*

3. Czas trwania wycieczki od: **18 stycznia 2015r.** do: **25 stycznia 2015r.**

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis organizatora wycieczki)

### **II. WNIOSK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka: ..... 2. Data urodzenia: .....

3. Adres zamieszkania: ..... telefon: .....

4. Nazwa i adres szkoły: ..... klasa: .....

5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce: .....

..... telefon: .....

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki dziecka w wysokości: ..... zł słownie .....zł.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis ojca, matki 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)**

.....

.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE

O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis ojca, matki lub opiekuna)

#### IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec: ..... błonica: ..... dur: ..... inne

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza podpis ojca, matki lub opiekuna)

#### V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

.....

.....

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy, ojca, matki lub opiekuna)

#### VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu: .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

#### VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na: .....  
(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia ..... do dnia ..... 2..... r.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

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

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)

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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)