

**VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA PLACÓWCE**

**WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)**

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

.....  
.....  
(Miejscowość, data) (Podpis lekarza-pielęgniarki placówki wypoczynku)

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY – INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

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

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis wychowawcy - instruktora)

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU**

1. Rodzaj placówki wypoczynku: **GEOVITA sp. z o.o. w Warszawie Centrum Konferencji i Rekreacji GEOVITA w Jugowicach**
2. Adres placówki: **ul. Gazowa 3; 58-321 JUGOWICE**
3. Czas trwania od **4 lipca 2010r** do **17 lipca 2010**

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka

.....

2. Data urodzenia

.....

3. Adres zamieszkania

.....

telefon .....

4. Nazwa i adres szkoły

.....

klasa .....

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

telefon .....

6. Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w kwocie **1120 zł** słownie: **tysiąc sto dwadzieścia zł** na konto **PKO B.P. 67 1020 1042 0000 8202 0189 1167**

.....

(Miejscowość, 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 itp.)

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

Nr PESEL dziecka ..... Kasa Chorych.....

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGA POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁASCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

.....  
(Miejscowość, data)

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

**IV. INFORMACJA PIELEGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ**

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ....., błonica .....,

dur .....,

inne .....

.....

.....

.....

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis pielęgniarki)

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**

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

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

.....  
(Data)

.....  
(Podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

**VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości ..... zł słownie

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu

.....

.....  
(Data) (Podpis)

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na

.....

(Pieczęć adresowa placówki wypoczynku)

od dnia ..... do dnia ..... 20.... r.

.....  
(Data)

.....  
(Czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)