**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU SPORTOWEGO SPORTOWE WAKACJE 2016**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Adres placówki : Ośrodek Kolonijny „Marina” w Pucku, ul. Kolejowa 7

2. Telefon kontaktowy dla rodziców: 58 73 950 90

3. Czas trwania wypoczynku od 18.07-28.07.2015 (wyjazd w dniu 17.07., powrót w dniu 28.07.2016)

Katowice, dnia …………………… ……………………………………

(podpis organizatora wypoczynku)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA**

**NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka ............................................................................................................

2. Data i miejsce urodzenia .....................................................................................................

3. Pesel …………………………………………………………………………………………...………

4. Adres zamieszkania ..................................................................................................................

5. Nazwa i adres szkoły ............................................................................................ klasa ..........

6. Imię i nazwisko rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:

matka…………………………………………………………

ojciec…………………………………………………………

7. Adres rodziców ( opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce

Telefon………………………………………………………………………………………………….

…………………………… ………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

**(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazd**ę **samochodem, czy przyjmuje**

**stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)**

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka (właściwe podkreślić): omdlenia, drgawki z utrata przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, inne………………………………………………..…………………………………………………………………
2. Czy istnieje jakiś produkt żywnościowy, którego dziecko nie może spożywać (jaki)…………………..…………………………………………………………………………..……………………………..
3. Dziecko jest uczulone………………………………………………….……………..……………………………………
4. Czy dziecko zażywa jakieś leki w ramach kuracji lekarskiej?.…………………………………………………….
5. Czy dziecko dobrze znosi jazdę autobusem?..........................................................................................

**III/a**

1. **Nazwa i adres Przychodni Zdrowia , z której korzysta dziecka**

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

NIP Przychodni …………………………………………………………………………..

Imię i Nazwisko lekarza prowadzącego …………………………………………………………………..

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE

O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI

DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

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

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień**

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

błonica ............, dur ................., inne .............

**........................................ .............................**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 na wypoczynek

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu: ......................................................................

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

(data) (podpis)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało w Ośrodku Kolonijnym „Marina” w Pucku, ul. Kolejowa 7

od dnia .......................... do dnia ........................... 201…. r.

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

podpis kierownika wypoczynku)

**VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA**

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

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

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

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, I V i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.**

…………………………… ………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

Dodatkowe oświadczenia:

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/ OPIEKNÓW PRAWNYCH**

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia życia mojego dziecka ……………………………….. …………………………………………………………… zgadzam się na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

……………………………………. …………………………………………………………………………

(miejscowość data) (podpis rodziców, opiekunów)