

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

- I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU  
FORMA WYPOCZYNKU: **PÓLKOLONIE ZIMOWE**  
ADRES: **MIEJSKA SZKOŁA PODSTAWOWA NR 15**  
**UL. KOTUCHY 40 41-946 PIEKARY ŚLĄSKIE**  
CZAS TRWANIA WYPOCZYNKU: **11.02-15.02.2013**

.....  
(data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

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

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:.....  
DATA URODZENIA:.....  
ADRES ZAMIESZKANIA:.....  
NAZWA I ADRES SZKOŁY:.....  
KLASA:.....  
ADRES RODZICÓW (OPIEKUNÓW) DZIECKA  
PRZEBYWAJĄCEGO NA WYPOCZYNKU:  
.....  
TELEFON .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica, opiekuna)

- III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA  
DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę, czy  
przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, itp.)

## IV. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

- ZAKWALIFIKOWAĆ I SKIEROWAĆ DZIECKO NA WYPOCZYNEK.
- ODMÓWIĆ SKIEROWANIA DZIECKA NA WYPOCZYNEK ZE  
WZGLĘDU:

.....  
(data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

### V. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

DZIECKO PRZEBYWAŁO NA .....  
.....  
(forma i adres miejsca wypoczynku)  
OD DNIA ..... DO DNIA ..... 20....r.

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)

### VI. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, itp.)

### ORGANIZATOR INFORMUJE RODZICÓW O LECZENIU AMBOLATORYJNYM LUB HOSPITALIZACJI DZIECKA.

.....  
(data)

.....  
(podpis pielęgniarki sprawującej opiekę  
medyczną w trakcie trwania wypoczynku)

### VII. WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZAWARTYCH W CZĘŚCI II, III, VI KARTY KWALIFIKACYJNEJ W ZAKRESIE NIEZBĘDNYM DLA BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY ZDROWIA DZIECKA.

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica, opiekuna)