

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: **zgrupowanie szkoleniowe**
2. Adres placówki: **Centrum Sportów Zimowych  
33-330 Ptaszkowa 883  
Ptaszkowa 883**

3. Czas trwania od **22.07.2017** do **30.07.2017**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

---

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....Pesel.....
3. Adres zamieszkania .....  
telefon .....
4. Nazwa i adres szkoły ..... klasa .....
5. Nazwisko i imiona, adres rodziców (opiekunów) w czasie  
pobytu dziecka w placówce wypoczynku :  
.....  
.....  
.....  
nr telefonów do rodziców (opiekunów).....

.....  
(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  
ortopedyczny lub okulary)

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

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 ....., błonnica .....,  
dur ....., inne .....

.....  
(data)

.....  
(podpis pielęgniarki, lekarza lub opiekunów)

**V. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na .....

(forma i adres placówki wypoczynku)

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

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

**VI. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)**

.....  
.....

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki )

**VII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)

---

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

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

*Oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia i życia mojego dziecka, wyrażam zgodę na jego leczenie, podawanie leków przepisanych przez lekarza, zabiegi diagnostyczne, leczenie szpitalne, operacje. Wszystkie leki zalecone przez lekarza, które dziecko stale przyjmuje, przekazałem/am trenerowi wraz z opisem podawania. Upoważniam trenera .....*  
*..... legitymującą/ ego się dowodem osobistym o serii i numerze .....do ich podawania zgodnie z zaleceniami.*

*Upoważniam w/w trenera do odbioru dokumentacji medycznej mojego dziecka, w przypadku leczenia i zabiegów wykonywanych podczas zgrupowania szkoleniowego zorganizowanego przez Uczniowski Klub Sportowy „Karlik”*

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)