

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA TURNUSU  
DYDAKTYCZNO-WYPOCZYNKOWEGO**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Adres placówki : Dom Wczasów Dziecięcych „ Green Rest” w Polanicy-Zdroju  
ul. Dębowa 14 , 57-320 Polanica Zdrój
2. Telefon kontaktowy dla rodziców: ( 074 ) 869 88 08
3. Czas trwania wypoczynku od ..... do.....

Polanica–Zdrój, 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 i 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)

**III a. Nazwa i adres Przychodni Zdrowia , z której korzysta dziecko**

.....  
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 i 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 i podpis lekarza lub rodzica)

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

