

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA KOLONII

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Organizator:

2. Forma placówki wypoczynku:

OBÓZ LETNI -

3. Adres placówki:

4. Czas trwania:

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora)

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

Ja niżej podpisany (a), wnioskuję o przyjęcie mojego dziecka na obóz letniorganizowany przez

1. Imię i nazwisko dziecka:

2. Data urodzenia: 3. PESEL:

4. Adres zamieszkania:

telefon:

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

.....
.....

Zgodnie z art. 93, 97 i art. 146 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 stycznia 1997 r. w sprawie warunków, jakie muszą spełniać organizatorzy wypoczynku dla dzieci i młodzieży szkolnej, a także zasad jego organizowania i nadzorowania (Dz. U. Nr 12, poz. 67 ze zm.) i zarządzenia Nr 18 Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 września 1997 r. w sprawie zasad i warunków organizowania przez szkołę i placówki publiczne krajoznawstwa i turystyki (Dz. Urz. MEN Nr 9, poz. 40), wyrażam zgodę na sprawowanie opieki nad moim dzieckiem w okresie pobytu przez osobę posiadającą odpowiednie przygotowanie.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim czasie:
(ból brzucha, omdlenia, niedosłuch, duszności, krwawienia z nosa, przewlekły kaszel, katar, angina, grypa), czy przyjmuje
stałe leki , czy nosi okulary, a jeśli tak czy może jeździć konno bez okularów).

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

Stwierdzam, że podałem (am), wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Przyjmuję do wiadomości, że Towarzystwa Ubezpieczeniowe refundują KL i NNW tylko wówczas gdy ubezpieczony **NIE JEST POD WPŁYWEM ALKOHOLU**.

W przeciwnym wypadku zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów wynikających z leczenia dziecka. Zobowiązuję się do zwrotu kosztów za zakupione leki w trakcie leczenia ambulatoryjnego mojego dziecka.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna)
