VIII. 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 placówki wypoczynku)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: ***Kolonie letnie***
2. Adres placówki: ***„GRÓD PIASTA" Chomiąża Szlachecka***
3. Czas trwania od ***24.07.2023 r. do 02.08.2023 r.***

Bydgoszcz,

.....
(miejscowość, data)

(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....Miejsce urodzenia.....
3. Adres zamieszkania ..... telefon .....
4. Nazwa i adres szkoły .....klasa .....
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
   .....telefon .....
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości .....zł
   słownie ..... zł

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

	Imię i nazwisko	Nazwa i adres zakładu pracy	Stanowisko	Dochód miesięczny brutto
Ojciec(opiekun)				
Matka(opiekunka)				

Nr konta: ZW NSZZP w Bydgoszczy 97 1020 1462 0000 7102 0135 2384 na które należy dokonać wpłaty do dnia 15.03.2023 r. – 500,- zł, do dnia 15.06.2023 r. – pozostałą kwotę

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np.na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary);

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nr PESEL											

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

OŚWIADCZAM,IŻ W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE,OPERACJE

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

....

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienie ochronne (podać rok): tężec ....., błonica ....., dur ....., inne.....

.....

.....

.....

....

/ data / / podpis pielęgniarki /

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(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 do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości ..... zł słownie: .....
2. Zwolnić z odpłatności/zmniejszyć odpłatność do kwoty ..... słownie: .... ze względu .....
3. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu

.....

....

(data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....

(forma i adres placówki wypoczynku)

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

....

(data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)