

**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.

.....
(miejsowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

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

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

.....
(miejsowość, data) (podpis wychowawcy)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: **Kolonie letnie**
2. Adres placówki: „**GRÓD PIASTA**” **Chomiąza Szlachecka**
3. Czas trwania od **30.06.2025 r. do 09.07.2025 r.**

Bydgoszcz,

.....
(miejsowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

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

.....
(miejsowość, 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 15.03.2025 r. – 1.000,- zł,
do dnia 15.05.2025 r. – pozostałą kwotę**

