

**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: **„KROKUS” Mielno-Unieście**
3. Czas trwania od **08.08.2025 r. do 17.08.2025 r.**

**Bydgoszcz,**

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

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data 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

.....  
(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**

