

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: „**Hiszpania Malgrat De Mar**”
3. Czas trwania od **29.06.2026 r. do 10.07.2026 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 15.03.2026 r. – 1000,- zł,
do dnia 15.05.2026 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)