

KARTA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

Odpłatność 450 zł

ADRES OŚRODKA:

.....

TERMIN:

Imię i nazwisko	Data i miejsce urodzenia
Dokładny adres zamieszkania, telefon	PESEL
Dokładny adres i nr tel. Rodziców/opiekunów w czasie pobytu dziecka na kolonii	Nazwa i adres szkoły
Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów	Nazwa i adres zakładu pracy matki Nazwa i adres zakładu pracy ojca
Narodowy Fundusz Zdrowia (podać województwo):	

INFORMACJA RODZICÓW 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):

.....

.....

.....

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku.

.....
 (data i miejsce)

.....
 (podpis matki, ojca lub opiekuna)

INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki (kopii) zdrowia z aktualnym wpisem szczepień:

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonica, dur, inne

.....

.....

(data)

.....

(podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

.....

(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia do dnia

.....

(data)

.....

(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU NA PÓLKOLONII

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wychowawcy)

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA PÓLKOLONII

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis lekarza lub pielęgniarki)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej uczestnika w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

Z warunkami uczestnictwa i rezygnacji zostałam/em zapoznany i wyrażam na nie zgodę.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku oraz wyrażam zgodę na ewentualną hospitalizację dziecka lub wszelkie działania ratujące jego życie.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)