

„Pasjonata” Katarzyna Lufniak,
ul. Wycieczkowa 7, Dąbrówka Wielka,
95-100 Zgierz;
tel. 507 955 526;
NIP 732-187-32-44;
REG. 100810701;
Nr konta bankowego 22 1140 2004 0000 3602 5064 0980

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku – obóz jeździecki
2. Adres - ul. Wycieczkowa 7, Dąbrówka Wielka, 95-100 Zgierz;
3. Czas trwania wypoczynku od do

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania telefon
4. Nazwa i adres szkoły klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:
.....
..... telefon

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości
..... zł słowniezł.

.....
(miejscowość, data)

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

Informacje o umiejętnościach jeździeckich (od kiedy i jak często uczestnik jeździ konno, nazwy Ośrodków, w których jeździ; osoba bez stażu jeździeckiego wpisuje: początkujący)

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

**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)**

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

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

.....
(data)

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

OPINIA LEKARZA

Po zbadaniu dziecka stwierdzam, że dziecko może być uczestnikiem obozu
jeździeckiego. Nie widzę przeciwwskazań do jazdy konnej.

Wskazania i przeciwwskazania

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

.....
(Miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....

(data)

.....

(podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(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 na wypoczynek

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

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

.....

(data)

.....

(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia do dnia 2 ... r.

.....

(data)

(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)

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)