

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓLKOLONII**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA PÓLKOLONII**

w terminie..... adres wypoczynku Olsztyn ul. Tuwima 9

Terapia Wodna Aleksandra Harpak  
10-686 Olsztyn, ul. Boenigka 40/39  
NIP 739-323-23-59  
Telefon kontaktowy 511 373 029

Czas na relaks Anna Kutnik  
10-690 Olsztyn, ul. Jeziolowicza 13/23  
NIP 739-299-44-81  
Telefon kontaktowy 606 319 649

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

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
  2. Data urodzenia .....PESEL.....
  3. Adres zamieszkania .....telefon .....
  4. Nazwisko i imiona, adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku :  
.....  
nr telefonów do rodziców (opiekunów).....
  5. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości:  
..... zł słownie .....
  6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym .....
  7. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie ( np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny czy okulary) .....
- O szczepieniach ochronnych ( wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień).....  
tęzec..... błonica.....dur.....inne.....

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

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)

**III. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się :

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu :

.....  
(data) (podpis )

**IV. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na .....  
(forma i adres placówki wypoczynku)  
od dnia ..... do dnia .....r.  
.....  
(data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

**V. 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 )



