

**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.

..... (miejscowość, data)                      ..... (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

---

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU  
PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

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

..... (miejscowość, data)                      ..... (podpis wychowawcy)

**SP 9**

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma placówki wypoczynku: półkolonie zimowe
2. Adres placówki: Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 9 w Koninie  
ul. Fikusowa 8 62-510 Konin
3. Organizator: Stowarzyszenie Aktywności Lokalnej „Młodzi – Aktywni”
4. Czas trwania: od 25.01 do 01.02.2020

**Zwrot karty do 17.01.2020 w dyżurce szkoły.**

Konin, dn.03.01.2020 r.

---

**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 .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

**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 ZDROWIA I 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 PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH**

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienie ochronne (podać rok): tężec ....., błonica ....., dur ....., inne.....

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

/ data / / podpis pielęgniarki lub rodzica/

**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
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu

.....  
.....  
(data) (podpis)

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

Dziecko uczestniczyło w półkolonii zimowej w terminie od 25.01.- 01.02.2020r.

.....  
(data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)