

„MAKusTUR Małgorzata Wójcikowska”
91-032 Łódź, ul. Żubardzka 11/107, tel. 691267211
NIP 947-134-51-57, www.wojcikowska.com.pl
Wpis do Rejestru Org. i Pośr. Tur. Nr 596,
Gwarancja Ubezpieczeniowa – Wiener TU S.A.
Viena Insurance Group

WYPOCZYNEK DZIECI I MŁODZIEŻY
**KARTA
KWALIFIKACYJNA**

1. Rodzaj placówki wypoczynku
2. Adres placówki
3. Czas trwania od

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNEKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzeniaPESEL.....
3. Adres zamieszkania.....telefon.....
4. Nazwa i adres szkoły.....klasa.....
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka*): omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne i inne:
2. Przebyte choroby *) (podać w którym roku): żółtaczka zakaźna _____, dur (tyfus) brzuszy _____, błonica _____, inne choroby zakaźne _____, zapalenie nerek _____, zapalenie wyrostka robaczkowego _____, zapalenie ucha _____, częste anginy _____, cukrzyca _____, padaczka _____, inne choroby
3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: tak, nie *) podać powód
4. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone
5. Czy dziecko otrzymało surowicę (jaką, kiedy)
6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem: dobrze, źle *)
7. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka
8. Informacje o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym, stosowanej diecie (np. czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. 2018 poz.1000).

11 Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka zarejestrowanego na zdjęciach i filmach podczas obozu/kolonii w materiałach promocyjno-informacyjnych .

.....
(miejscowość, data) (podpis rodzica/opiekuna)

POSTANAWIA SIĘ DECYZJĄ ORGANIZATORA :

- ☐ Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku
☐ Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu na:

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

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNEKU POBYTU DZIECKA W MIEJSCU WYPOCZYNEKU

Uczestnik przebywał -

.....
(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJE KIEROWNIKA WYPOCZYNEKU O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNEKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNEKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNEKU

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