



KARTA KWALIFIKACYJNA OBOZU SPORTOWEGO

organizowanego przez
AKADEMIĘ KARATE TRADYCYJNEGO
W RZESZOWIE

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: *OBÓZ SPORTOWY*
2. Adres: *Dom Wczasowy „Stalownik” w Bartkowej, Bartkowa-Posadowa 264,*
3. Czas trwania/termin *7 dni/13.07-20.07.2019r.*

Rzeszów, (podpis organizatora wycieczki)

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

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data urodzenia:
3. Adres zamieszkania:
- tel. kontaktowy:
4. Nazwa i adres szkoły: klasa

Adres rodziców (opiekunów): dziecka przebywającego na wycieczki:

tel. kontaktowy:

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki w wysokości 980.00 zł słownie dziewięćset dziewięćdziesiąt złotych 00/100.

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA: (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe 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 prawnego)

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. 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 prawnego)

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

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

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowanych, 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)

X. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy -wypełnia rodzic lub opiekun)

.....
.....

.....
(data) (podpis wychowawcy lub rodzica, opiekuna prawnego)