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)

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: ............................

2. Adres placówki: ..........................................

3. Czas trwania od **.............. do..................**

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

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

**PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka .............................................................................................

2. Data urodzenia ................................................................................................................

3. Adres zamieszkania .......................................................................... telefon ...................

4. Nazwa i adres szkoły .............................................................................klasa ................

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

..........................................................................................................telefon ....................

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości ........................ zł

słownie .**...........................** zł

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

(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 ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE,OPERACJE

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

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

### IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

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

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

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

/ data / / podpis pielęgniarki /

### 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 za odpłatnością

w wysokości **........................** zł słownie: **............................................................................**

2. Zwolnić z odpłatności/zmniejszyć odpłatność do kwoty ................ słownie: .........................

........................................ ze względu ..................................................................................

3. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu .................................................................................................................................................

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

(data) (podpis)

# VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na ............................................................................................................

(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia .................................................... do dnia ....................................................

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

(data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)