

VII. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY

1. Uczeń(nica) interesuje się _____
2. Należy do koła zainteresowań _____
3. Inne uwagi o uczniu _____

miejsowość, data

podpis wychowawcy klasy

VII. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ

1. Wzrost _____, waga _____, grupa dyspaseryina _____
2. Szczepienia ochronne (podać rok): ospa _____, BCG _____, błonica _____, dur _____, tężec _____, polio (typ) _____
3. Stan czystości skóry _____, włosów _____

data

podpis pielęgniarki (higienistki) szkolnej

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA

w czasie pobytu na placówce wypoczynku (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itd.)

miejsowość, data

podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku

OBIEG KARTY KWALIFIKACYJNEJ:

Kartę kwalifikacyjną wypełniają w następującej kolejności:

1. rodzice (opiekunowie) dziecka
2. wychowawca klasy
3. pielęgniarka szkolna
4. komisja kwalifikacyjna
5. lekarz (pielęgniarka lub wychowawca) placówki wypoczynku
6. wychowawca lub kierownik placówki wypoczynku

KARTA KWALIFIKACYJNA PLACÓWKI WYPOCZYNKU HAND to HAND

Klub Sportowy "HAND to HAND 1"
ul. J. S. Bacha 26/1003
02-743 Warszawa
601 36.57.63

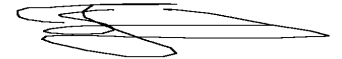
pieczęć adresowa
organizatora placówki wypoczynku

I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI

1. Rodzaj placówki wypoczynku Zimowy Obóz Taneczno – Szkoleniowy
2. Adres placówki wypoczynku Ośrodek Szkoleniowy „LIBRA” w Karolinowie
3. Czas trwania turnusu: od 31 stycznia do 11 lutego 2010 r.

Warszawa, 4 stycznia 2010 r.

miejsowość, data



podpis organizatora placówki wypoczynku

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

1. Imię i nazwisko dziecka _____
2. Data urodzenia _____ PESEL _____
3. Adres zamieszkania _____
4. Nazwa i adres szkoły, _____
_____ klasa _____
5. Nazwa Funduszu Zdrowia (np. mazowiecki) _____
6. Telefony kontaktowe z rodzicami (opiekunami) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku _____
7. Dane rodziców (opiekunów): adres e-mail _____

	Imię i nazwisko	Nazwa i adres zakładu pracy	Stanowisko
ojciec/ opie- kun			
matka/ opie- kunka			

Proszę o zakwalifikowanie dziecka na placówkę wypoczynku HAND to HAND

miejsowość, data

podpis ojca, matki lub opiekuna

III. OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na wyjazd dziecka na placówkę wypoczynku „HAND to HAND”.
2. Syn, córka będzie przestrzegać regulaminu placówki wypoczynku „HAND to HAND”.
3. Syn, córka jest świadoma, że: 1) celem obozu jest podniesienie ogólnej sprawności fizycznej i techniki tanecznej oraz aktywny wypoczynek, 2) zdecydował(a) się na wyjazd zbiorowy, co łączy się z zasadami współżycia w grupie.
4. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku nieprzestrzegania regulaminu Rada Pedagogiczna w uzgodnieniu z organizatorem może podjąć decyzję o usunięciu dziecka z placówki wypoczynku na koszt rodziców.
5. Zobowiązuję się do poniesienia odpowiedzialności materialnej za szkody wyrządzone przez moje dziecko.
6. Przyjmuję do wiadomości, że organizator nie zwraca kosztów za niewykorzystane dni pobytu na obozie z winy uczestnika. W przypadku rezygnacji z wyjazdu na obóz do dnia 24 stycznia 2010 r. organizator zwraca 98% kosztów obozu, po dniu 24 stycznia 2010 r. organizator zwraca 70% kosztów obozu.
7. Przyjmuję do wiadomości, że organizator nie ponosi odpowiedzialności materialnej za zagubione rzeczy. Wszystkie wartościowe przedmioty oraz pieniądze należy zdeponować u wychowawcy.

imię i nazwisko (ojciec / matka lub opiekun)

nr PESEL

podpis

IV. DECYZJA KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ

Komisja kwalifikacyjna postanawia:

- * Zakwalifikować dziecko do udziału w placówce wypoczynku „HAND to HAND”
- * Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu na _____

data

podpis przewodniczącego Kom. Kwalifikacyjnej

V. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na zimowym obozie szkoleniowym od 31.01 do 11.02.2010 r.
Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy (kierownika lub instruktora) o dziecku podczas pobytu w placówce wypoczynku _____

miejsce, data

podpis

VI. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

UWAGA! BARDZO WAŻNE!

Proszę o dokładne wypełnienie!!

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, łęki nocne, moczenie nocne, inne _____
2. Przebyte choroby* (podać w którym roku): żółtaczka zakaźna _____, dur (tyfus) brzuszny _____, 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 dziecko jest uczulone _____
5. Na jakie leki dziecko jest uczulone _____
6. Czy dziecko otrzymało surowicę (jaką i kiedy) _____
7. Jak dziecko znosi jazdę samochodem: DOBRZE*, ŹLE* _____
8. Inne uwagi/zastrzeżenia (np. czy dziecko przyjmuje leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, uwagi o jedzeniu) _____

Oświadczam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku. W przypadku zaistnienia zagrożenia zdrowia lub życia wyrażam zgodę* / nie wyrażam zgody* na hospitalizację dziecka po telefonicznym powiadomieniu.

data

podpis ojca, matki lub opiekuna

* niepotrzebne skreślić