V INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....

.....

.....

.....

.....

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

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU.

.....

.....

.....

.....

.....

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

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: PÓŁKOLONIA
2. Adres wypoczynku: 56-400 OLEŚNICA, UL. BRZOZOWA 7
3. Termin wypoczynku od..... do.....

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

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

- Imię (imiona) i nazwisko dziecka .....
- Imiona i nazwiska rodziców ……...
  …….
- Data urodzenia .....
- Adres zamieszkania .....
- Adres zamieszkania lub pobytu rodziców ……..
- Numer(y) telefonu rodziców……...
- Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

.....

.....

.....

.....

- Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej dzieci (np.na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary);

.....

.....

.....

.....

.....

O szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawieniem książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Tężec …….

Błonica …….

Dur ……

Inne ……

Nr PESEL uczestnika wypoczynku:

Nr PESEL											

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z Regulaminem usługi „Wakacje w Atolu 2018". Oświadczam, że moje dziecko …….nie ma przeciwskazań zdrowotnych do udziału w zajęciach przewidzianych harmonogramem Wakacji, w szczególności odbywających się na basenie letnim, Miasteczku Zabawy i na Ściankach Wspinaczkowych.

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 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.))

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

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się:

- Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

....

....
(data) (podpis organizatora wypoczynku)

IV POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał na półkoloniach w OKR Atol Sp. z o.o., ul. Brzozowa 7, 56-400 Oleśnica

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

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