

**VIII. INFORMACJE 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-  
pielęgniarki placówki)

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS  
POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy)

**KARTA KOLONIJNA**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU.**

1. Ośrodek Hotel Jano Jaworzynka Krężelka
2. Termin: 19.01.2015 – 28.01.2015
3. **Stowarzyszenie Razem Przeciw Przemocy, Warszawa, Deotymy 45/45**

**Kontakt: Kierownik kolonii Marek Biskupski 502 165 679**

**II. WNIOSEK RODZICÓW/OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA  
PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU.**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia..... klasa .....
3. Adres zamieszkania .....tel.....
4. Nazwa i adres szkoły .....
5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka .....
6. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku  
.....tel.kont. ....
7. Pesel dziecka ..... nazwa kasy chorych .....
8. Nr ubezpieczenia szkolnego .....

Po zapoznaniu się z programem imprezy, zakresem usług i świadczeń oraz cen i ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w placówce wypoczynku w miejscu i terminie podanym powyżej. Wyrażam dobrowolnie zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych firmy. Wiem, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883).

.....

**III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE**

**ZDROWIA DZIECKA** i szczególnych potrzebach / zaleceniach

( np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary itp.)

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

STWIERDZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM(ŁEM) SIĘ Z POWYŻSZYMI PUNKTAMI I DOKONAŁAM(ŁEM) ŚWIADOMEGO WYBORU ORAZ PODAŁAM(ŁEM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA PRZYJĘTYCH POWYŻEJ ZOBOWIĄZAŃ, W TYM EWENTUALNYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW DLA MOJEGO DZIECKA.

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis rodzica)

**IV. INFORMACJA LEKARZA O ZDROWIU UCZESTNIKA**

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

.....  
(data)

.....  
(podpis lekarza rodzinnego)

**V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY**

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

.....  
(data)

.....  
(podpis wychowawcy)

**VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku.\*
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu: \*

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na .....  
od dnia ..... do dnia .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika placówki wypoczynku)

\* niepotrzebne skreślić