

**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-instruktora)



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

Stowarzyszenia Pomocy Szkole Małopolska  
ul. Bolesława Chrobrego 9, 31-519 Kraków Tel. 012 413-52-30  
[www.spsm.edu.pl](http://www.spsm.edu.pl) mail: [biuro@spsm.edu.pl](mailto:biuro@spsm.edu.pl)

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

Forma placówki wypoczynku - **kolonia letnia**

Adres placówki - \_\_\_\_\_

Czas trwania od \_\_\_\_\_

Trasa obozu wędrownego **NIE DOTYCZY**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzenia..... PESEL.....
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 ..... złotych

Niniejszym wyrażam zgodę na udział mojego syna / mojej córki w zajęciach organizowanych na placówce wypoczynku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka (zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997)

.....  
(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 W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

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

### IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

**lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień**

Szczepienia 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)

.....  
(pieczęć szkoły)  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
(data) (podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna)

### VI. ODPOWIEDZIALNOŚĆ RODZICÓW/OPIEKUNÓW

Za szkody dokonane przez uczestnika podczas trwania imprezy, odpowiedzialność ponoszą rodzice/opiekunowie, ew. roszczenia odszkodowawcze określają przepisy Kodeksu Cywilnego. SPSM zastrzega sobie prawo do usunięcia uczestnika z powodów dyscyplinarnych (wandalizm, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu itp.) W takim przypadku nie zwraca za niewykorzystane świadczenia. Jednocześnie rodzice ponoszą wszelkie dodatkowe koszty związane z usunięciem uczestnika. Uczestnik imprezy zobowiązany jest do podporządkowania się wszystkim zaleceniom i wskazówkom opiekunów. W przypadku niezastosowania się do powyższych reguł imprezy, uczestnik może zostać skreślony z listy uczestników i odesłany do domu na koszt rodziców/opiekunów.

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

### VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości .....zł słownie .....
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....  
.....  
.....  
.....  
(data) (podpis )

### VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....

(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia ..... do dnia ..... 20 .....r.

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