



INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

Organizator informuje rodziców (opiekunów) o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

Wpisać dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.

(miejsowość, dnia, podpis)



UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU W CZASIE TWANIA WYPOCZYNKU.

(miejsowość, dnia, podpis)

Adnotacje



Fundacja "NIE TYLKO MYŚL"

www.NieTylkoMysl.pl

ul. J. Conrada 6, 01-922 Warszawa

KRS: 0000 309 519, NIP: 118-196-43-10

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU.

Organizator wypoczynku postanawia zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek:

Forma wypoczynku:

kolonia

zimowisko

obóz

obóz wędrowny

Czas trwania:

od:

do:

Adres placówki (trasa obozu wędrownego):

Organizator wypoczynku postanawia odmówić skierowania dziecka na wypoczynek.

Fundacja "NIE TYLKO MYŚL" jako administrator danych oświadcza, że poniższe dane osobowe będzie wykorzystywać i przetwarzać tylko w celu wykonania zadań statutowych (art. 23 ust. 1 pkt 5 i art. 27 ust. 1 pkt 4 ustawy z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 1997 r. nr 133, poz. 883 z późn. zm.).

(miejsowość, dnia)

(podpis organizatora wypoczynku)

WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK.



Imię i nazwisko dziecka:

PESEL:

Adres zamieszkania, telefon:

Adres i telefon rodziców (opiekunów) podczas pobytu dziecka na wypoczynku:

SZKOŁA: podstawowa

Klasa:

Nazwa i adres szkoły:

gimnazjum średnia

Jeśli życzą sobie Państwo otrzymać rachunek, tutaj prosimy podać dane do faktury:

Zapoznałem się i akceptuję regulamin wyjazdu dziecka na wypoczynek (załącznik do karty) oraz zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości ustalonych przez organizatora na jego konto (załącznik do karty), pod rygorem nieuczestnictwa dziecka w wypoczynku.

(miejsowość, dnia)

(podpis rodzica lub opiekuna)



INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA.

Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka:

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> krwotoki z nosa | <input type="checkbox"/> częste wymioty | <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> ataki duszności | <input type="checkbox"/> częste bóle brzucha | <input type="checkbox"/> moczenie nocne | <input type="checkbox"/> cukrzyca |
| <input type="checkbox"/> zaburzenia równowagi | <input type="checkbox"/> częste bóle głowy | <input type="checkbox"/> szybkie męczenie się | <input type="checkbox"/> omdlenia |
| <input type="checkbox"/> drgawki z utratą przytomności | <input type="checkbox"/> bóle stawów | <input type="checkbox"/> lęki nocne | |

Przebyte choroby (w którym roku):

<input type="text"/>	zapalenie nerek	<input type="text"/>	żółtaczkazakaźna	<input type="text"/>	częste anginy
<input type="text"/>	zapalenie wyrostka robaczkowego	<input type="text"/>	bólennica	<input type="text"/>	dur brzuszny
<input type="text"/>	zapalenie ucha	<input type="text"/>	ospa	<input type="text"/>	różyczka

inne choroby lub dolegliwości (wymienić):

Czy dziecko było w ostatnim roku w szpitalu? nie tak

jeśli tak, to z jakiego powodu:

Na co dziecko jest uczulone?

Czy dziecko otrzymało surowicę? nie tak

jaką i kiedy

Czy dziecko nosi okulary? nie tak Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny? nie tak

Jak dziecko znosi jazdę samochodem? źle dobrze

Czy dziecko przyjmuje stale leki i w jakich dawkach?

Stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na wycieczce, a w razie zagrożenia życia mojego dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Wyrażam też zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

(miejsowość, dnia, podpis rodzica/opiekuna)



POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU.

Niniejszym potwierdza się, że dziecko przebywało na obozie obozie wędrownym koloni zimowisku

w miejscowości w terminie

Data i czytelny podpis kierownika wycieczki:



ORZECZENIE LEKARSKIE.

Po zbadaniu dziecka

stwierdzam, że może ono być uczestnikiem

obozu, koloni, obozu wędrownego, zimowiska, organizowanego w budynku pod namiotami

w okresie w miejscowości

Eventualne uwagi lekarza (wskazania - przeciwwskazania):

miejscowość, dnia, pieczęć i czytelny podpis lekarza



INFORMACJA O SZCZEPIENIACH.

Szczepienia ochronne (podać rok):

błonnica	tężec	WZW A	WZW B
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
BCG	polio (typ)	różyczka	
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	

inne

Uwagi i spostrzeżenia:

miejscowość, dnia, czytelny podpis lekarza, pielęgniarki lub rodzica/opiekuna: