

Stowarzyszenie Odkrywamy Świat  
ul. Akacjowa 12 Koczargi Stare  
05-080 Izabelin  
KRS 0000381408  
NIP: 1182073932



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU JĘZYKOWEGO NA MALCIE

### I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku

Obóz językowy na Malcie

2. Adres placówki

3. Czas trwania od 28.06.2014r. do 12.07.2014r.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Data urodzenia

3. Adres zamieszkania

..... telefon .....

4. Nazwa i adres szkoły

..... klasa .....

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

.....  
telefon .....

6. Telefon rodziców w razie konieczności natychmiastowego kontaktu

7. Telefon uczestnika obozu

8. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości ..... euro  
słownie.....euro

.....  
(miejscowość, data)

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

### III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

czy i na co dziecko jest uczulone

objawy alergii

jak dziecko znosi jazdę samochodem

czy dziecko przyjmuje stale leki i w jakich dawkach

czy dziecko nosi aparat ortodontyczny lub okulary

czy dziecko leciało już samolotem? Jak znosi lot?

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC  
W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W TRAKCIE Obozu zimowego.

.....  
(data)

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

www.stowarzyszenieodkrywamywiat.pl  
e-mail: [hdo.odkrywamy.swiat@gmail.com](mailto:hdo.odkrywamy.swiat@gmail.com)  
Konto: 03 1020 1185 0000 4602 0183 3128

Stowarzyszenie Odkrywamy Świat  
ul. Akacjowa 12 Koczargi Stare  
05-080 Izabelin  
KRS 0000381408  
NIP: 1182073932



---

#### IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

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

Szczepienia ochronne (podać rok):

teżec ..... , błonica ..... dur ..... , inne.....

.....  
(data)

.....  
(podpis pielęgniarki)

---

#### V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

**(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy  
klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)**

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

.....  
(data)

.....  
(podpis wychowawcy lub rodzica—opiekuna)

---

#### VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

.....

(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia 28.06.2014r. do dnia 12.07.2014r.

.....

.....  
(data)

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

---

#### VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Stowarzyszenie Odkrywamy Świat  
ul. Akacjowa 12 Koczargi Stare  
05-080 Izabelin  
KRS 0000381408  
NIP: 1182073932



**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka**

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

---

**VIII. ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW NA HOSPITALIZACJĘ DZIECKA**

W razie zagrożenia życia mojego dziecka wyrażam zgodę na hospitalizację i podjęcie niezbędnych czynności ratunkowych oraz podanie lekarstw.

.....  
(data)

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

---

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

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....  
(miejsowość, data)

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