

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



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA SPŁYWU KAJAKOWEGO NA TROPACH SMĘTKA...

### I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku .....
2. Adres placówki .....
3. Czas trwania od **22.07.2013 do 27.07.2013 r.**

.....  
(miejsowość, 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. Telefon rodziców w razie konieczności natychmiastowego kontaktu  
.....
7. Telefon uczestnika spływu .....
8. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości **550 zł**  
Słownie **pięciuset pięćdziesięciu zł**

.....  
(miejsowość, data)

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

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

- Czy i 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 TRAKCIE SPŁYWU KAJAKOWEGO.

.....  
(data)

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

### IV. INFORMACJA PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

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

Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec ....., błonica ....., dur ....., inne .....

.....  
(data)

.....  
(podpis pielęgniarki)

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



#### 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 ..... do dnia ..... 20... r.

.....  
(data)

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

---

#### VII. 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

.....  
(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 leków .

.....  
(data)

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

---

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

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)