

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

Forma wypoczynku: **OBÓZ ŻEGLARSKI Z ELEMENTAMI ASTRONAWIGACJI**

Adres placówki: .....

Czas trwania od ..... do .....

.....  
(Data i podpis organizatora wypoczynku)

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

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

e-mail .....

Numer paszportu dziecka.....

Numer PESEL dziecka.....

Nazwa i adres szkoły.....

telefon.....

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

.....

telefon.....

**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 podałem(am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.***

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

**IV. OŚWIADCZENIE O UMIEJĘTNOŚCI PŁYWANIA**

Imię i nazwisko.....

(rodzic lub prawny opiekun)

Adres.....

Telefon.....

Dowód tożsamości. ....

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że mój syn/córka\* .....

(imię i nazwisko dziecka)

**potrafi pływać/ nie potrafi pływać \***

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

\*niepotrzebne skreślić

#### **V. ZOBOWIĄZANIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)**

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów ewentualnych szkód wyrządzonych przez moje dziecko podczas pobytu na obozie żeglarskim i pokrycia kosztów odesłania do kraju w przypadkach drastycznych naruszeń regulaminu i bezpieczeństwa.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

#### **VI. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (WYPEŁNIA LEKARZ)**

.....  
(pieczęć przychodni lub praktyki prywatnej)

Stwierdza się, że (nazwisko i imię).....

Urodzony(dzień, miesiąc i rok urodzenia).....

**jest zdolny do uprawiania sportów wodnych.**

Ewentualne uwagi lekarza.....

.....

.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

#### **VII. INFORMACJA PIELĘGNIARKI/LEKARZA O SZCZEPIENIACH**

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec..... błonica..... dur.....

Inne.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

#### **VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)**

Dziecko przebywało na.....

(forma i adres placówki wypoczynku)

.....

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

.....  
(miejsowość, data)

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

**IX. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU** (dane o zachowaniach, urazach, leczeniu itp.) (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)

.....

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy)

**X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU** (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy - instruktora)