



BIURO TURYSTYCZNE - KLIWER

02-791 Warszawa, ul. Na Uboczu 3, tel./fax (022) 648-21-52, 648-08-61, www.kliwer.com.pl, e-mail: kliwer@kliwer.com.pl

## **KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU.

Forma placówki wypoczynku .....

Adres placówki (trasa obozu wędrownego) .....

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

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

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL dziecka .....

Nazwa KASY CHORYCH .....

Nazwa i adres szkoły .....

Telefon do szkoły ..... nr legitymacji szkolnej .....

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

e-mail: ..... 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.***

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH (lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień).

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

inne .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun).

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

.....  
(miejsowość, data)

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

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....  
(forma i adres placówki wypoczynku)

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis Kierownika placówki wypoczynku)

VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

VIII. W RAZIE ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE, NIEZBĘDNE ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I OPERACJE W PLACÓWKACH SŁUŻBY ZDROWIA.

.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

\*

**OBÓZ SZKOLENIOWY ( NA PATENT)**



**OŚWIADCZENIE  
ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH\***

Ja ..... niżej podpisany/ a\*

Ja ..... niżej podpisany/ a\*

niniejszym wyrażam/y zgodę na uprawianie żeglarstwa przez mojego/naszego syna\* / córkę/ podopiecznego oraz oświadczam/y, że potrafi\* / nie potrafi pływać .

.....  
Imię i nazwisko

Miejsce zamieszkania (pełny adres).....

Dowód osobisty ..... tel. kontaktowy: .....  
(Seria i numer)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Dowód osobisty .....tel. kontaktowy: .....  
(Seria i numer)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić