



# Biuro Podróży Obieżyświat

turystyka dzieci i młodzieży

☎ 31-534 Kraków, ul. Masarska 9/98

☎ fax (+48 12) 656-61-24

REGON 357052776 NIP 945-133-90-18



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU LETNIEGO /WYPEŁNIA ORGANIZATOR/

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. FORMA WYPOCZYNKU..... PÓLKOLONIA.....
2. CZAS TRWANIA..... 5 dni.....
3. TERMIN.....
4. NAZWA IMPREZY.....

### II. WNIOSEK RODZICÓW /OPIEKUNÓW/ O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU - /WYPEŁNIA OPIEKUN/

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....
2. DATA I MIEJSCE URODZENIA.....
3. ADRES ZAMELDOWANIA I ZAMIESZKANIA DZIECKA.....  
.....
4. NUMER PESEL DZIECKA..... KLASA.....
5. IMIĘ I NAZWISKO MATKI /OPIEKUNA/.....
6. IMIĘ I NAZWISKO OJCA /OPIEKUNA/.....
7. JEŚLI MATKA I OJCIEC NIE SĄ PRAWNYMI OPIEKUNAMI DZIECKA, PODAĆ IMIĘ I NAZWISKO PRAWNEGO OPIEKUNA.....
8. TELEFONY KONTAKTOWE DO RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW.....  
.....

9. WYRAŻAM ZGODĘ NA UCZESTNICTWO W PÓLKOLONII MOJEGO DZIECKA ORGANIZOWANYM NA TERENIE MAGICZNEGO DOMKU W GŁOGOCZOWIE POD NR 606. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z PROGRAMEM WYPOCZYNKU/OFERTĄ, REGULAMINEM POBYTU, WARUNKAMI UCZESTNICTWA I OŚWIADCZAM, ŻE AKCEPTUJĘ. PROGRAM WRAZ Z WARUNKAMI STANOWI INTEGRALĄ CAŁOŚĆ.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA  
PODPIS ORGANIZATORA

.....  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA, PODPIS  
RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA

### **III. INFORMACJE OPIEKUNÓW O DZIECKU:**

UPRZEJMIIE PROSIMY O UWAZNE WYPELNIENIE PONIŻSZYCH PUNKTÓW, PONIEWAŻ KAŻDA INFORMACJA MOŻE MIEĆ WPŁYW NA BEZPIECZEŃSTWO I ZDROWIE DZIECKA W TRAKCIE TRWANIA IMPREZY.

#### 1. PRZEBYTE CHOROBY/ROK ŻYCIA

ODRA ..... ROK....., OSPA..... ROK ..... RÓŻYCZKA .....  
ROK .... ŚWINKA ..... ROK .....ASTMA ..... ROK ....., ŻÓLTACZKA .....  
ROK.....  
SZKARLATYNA..... ROK..... PADACZKA..... ROK..... ZŁAMANIA.....  
INNE .....

#### 2. SZCZEPIENIA.....

3. U DZIECKA WYSTĘPOWAŁY W OSTATNIM ROKU LUB WYSTĘPUJĄ OBECNIE: DRGAWKI, UTRATY PRZYTOMNOŚCI, ZABURZENIA RÓWNOWAGI, OMDLENIA, CZĘSTE BÓLE GŁOWY, LĘKI NOCNE, TRUDNOŚCI W ZASYPIANIU, TIKI, MOCZENIE NOCNE, CZĘSTE BÓLE BRZUCHA, WYMIOTY, KRWAWIENIE Z NOSA, DUSZNOŚCI, BÓLE STAWÓW, SZYBKIE MĘCZENIE SIĘ, NIEDOSŁUCH, JĄKANIE, PRZEWLEKŁY KASZEL, INNE

4. CZY DZIECKO BYŁO W SZPITALU? KIEDY? NA CO? .....

5. DZIECKO JEST UCZULONE TAK/NIE, JEŻELI TAK TO NA CO?.....

6. JAZDĘ SAMOCHODEM ZNOSI ŹLE/DOBRCZE .....

7. INNE UWAGI O ZDROWIU DZIECKA .....

8. CZY DZIECKO UCZESTNICZY W PÓŁKOLONII PO RAZ PIERWSZY? .....

OŚWIADCZAM, ŻE PODAŁEM/AM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU OPIEKI W CZASIE POBYTU.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA  
PODPIS RODZICÓW LUB PRAWNYCH OPIEKUNÓW

### **IV ORZECZENIE LEKARSKIE**

1. PO ZBADANIU DZIECKA STWIERDZAM ROZPOZNANIE.....

2. DZIECKO MOŻE BYĆ UCZESTNIKIEM /TAK LUB NIE/.....

3. ZALECENIA DLA WYCHOWAWCY.....

4. ZALECENIA DLA PIEŁĘGNIARKI.....

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PODPIS LEKARZA