



**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 ZIMOWEGO
/WYPEŁNIA ORGANIZATOR/

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. FORMAWYPOCZYNKU.....PÓLZIMOWISKO.....
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 PÓLZIMOWISKU 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 INTEGRALNĄ CAŁOŚĆ.

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA
PODPIS ORGANIZATORA

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

III. INFORMACJE OPIEKUNÓW O DZIECKU:

UPRZEJMIE PROSIMY O UWAŻNE WYPEŁNIENIE 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..... ROKRÓŻYCZKA
ROK ŚWINKA ROKASTMA 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/DOBRE

7. INNE UWAGI O ZDROWIU DZIECKA

8. CZY DZIECKO UCZESTNICZY W POBYCIE NA PÓLZIMOWISKU PO RAZ PIERWSZY?.....

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

.....
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