

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU :

1. Nazwa organizatora : MORE OF LIFE Małgorzata Zawiaślak,  
Adres : ul. F. Joliot-Curie 16 m 3, 02-646 Warszawa NIP : 952-193-26-27
2. Forma wypoczynku: Obóz Rekreacyjno-Sportowy
3. Nazwa placówki : Dom Wczasowy Diament
4. Adres placówki: ul. Słonecznikowa 1A, 72-334 Rewal
5. Czas trwania od 17.08.2018 do 26.08.2018r.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

---

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....
3. Adres zamieszkania ..... tel .....
4. Nazwa i adres szkoły ..... klasa .....

Oświadczam, że znane są Nam : Warunki uczestnictwa oraz regulamin obozów sportowych organizatora MORE OF LIFE.

.....  
(miejsowość, data)

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

---

## III. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie ksero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień  
Szczepienia ochronne (podać rok): tężec .....,

błonica ....., dur ....., inne .....

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica lub pielęgniarki)

---

## IV. INFORMACJA O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....  
(data)

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

---

**V. INFORMACJA RODZICA, OPIEKUNA O ZDROWIU DZIECKA**

Wyrażam zgodę na udział ..... w obozie letnim Rewal 2018.  
Jednocześnie, oświadczam iż moje Dziecko nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w w/w obozie rekreacyjno-sportowym.

UWAGI.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis rodzica, opiekuna)

---

**VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na .....

.....

(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia ..... do dnia ..... 2018 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. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU  
PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wychowawcy-instruktora)