

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 Narty/Snowboard + Pływanie
3. Nazwa placówki : Ośrodek Wypoczynkowy Panorama
4. Adres placówki: ul. Wczasowa 20 ; 43-370 Szczyrk
5. Czas trwania od 13.01.2018 do 19.01.2018r.

.....
(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 Zimowym Szczyrk 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)