

**X. UWAGI, SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy - instruktora)

**XI. Oświadczenie**

*Stowarzyszenie Absolwentów i przyjaciół ZSŁ W Krakowie jako administrator danych oświadcza, że dane osobowe dziecka zawarte w niniejszej Karcie oraz w uwagach lekarza, będzie wykorzystywać i przetwarzać (zbierać, przechowywać, utrzymywać, usuwać) tylko w celu wykonania zadań statutowych Stowarzyszenia (art.23 ust. 1 pkt. 5 i art. 27 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz.U. z 1997 r. nr 133, poz. 833) przy zachowaniu postanowień ww. Ustawy, dotyczących gwarancji przetwarzania tych danych.*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis pełnomocnika)

**UWAGI DODATKOWE ORGANIZATORA OBOZU :**

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Organizator: **Stowarzyszenie Absolwentów i Przyjaciół ZSŁ w Krakowie**
2. Forma placówki wypoczynku: **obóz stały pod namiotami**  
Adres placówki: **84-105 Karwia, Ostrowo ul. Pustki 3**
3. Czas trwania : **06.07. – 27.07.2013**

KRAKÓW , V-VI. 2013  
(miejsowość, data)

(pieczęć, podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka : .....
2. Data i miejsce urodzenia: .....
3. Adres zamieszkania: .....
4. Nr PESEL dziecka: .....
5. Nazwa i adres szkoły: .....klasa .....
6. Imię i nazwisko Ojca (Opiekuna) .....
7. Imię i nazwisko Matki (Opiekuna) .....
8. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:  
.....
9. Liczba osób na utrzymaniu rodziców (opiekunów) ..... w tym.....dzieci uczęszczających do szkół i na wyższe uczelnie.
10. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości **..990,-**.... zł.  
Słownie: **..dziewięćset dziewięćdziesiąt złotych**

.....  
(miejsowość, data)

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny, okulary czy cierpi na jakieś lęki lub podać inne nie wymienione)

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

***Oświadczenie rodziców (opiekunów)***

***Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia życia i zdrowia mojego dziecka  
zgadzam się na jego leczenie szpitalne,  
operacje i zabiegi diagnostyczne.***

(miejsowość, data)

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ

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

(miejsowość, data)

(podpis pielęgniarki szkolnej)

V. ORZECZENIE LEKARSKIE

Po zbadaniu dziecka ..... stwierdzam, że może ono być uczestnikiem **obozu stałego pod namiotami** organizowanego przez **Stowarzyszenie Absolwentów i Przyjaciół ZSŁ w Krakowie** w okresie od **06.07.2013** do **28.07.2013** w **OSTROWIE**. Ewentualne uwagi lekarza (wskazania - przeciwwskazania):

(miejsowość, data)

(pieczęć, podpis lekarza)

VI. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii od wychowawcy klasy wypełnia rodzic / opiekun)

(miejsowość, data)

(podpis wychowawcy klasy/opiekuna)

VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości ..... zł słownie .....
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu: .....

(data)

(podpis)

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na obozie letnim w Ostrowie

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

(miejsowość, data)

(podpis kierownika placówki wypoczynku)

IX. 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)

(pieczęć, podpis lekarza)