

**Informacje w ramach świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Adres placówki (lekarza rodzinnego), sprawującego podstawową opiekę zdrowotną uczestnika:

Nazwa: .....

Adres: .....

Telefon: .....

Godz. przyjęć: .....

Przenyśli .....

Imię i nazwisko rodzica: .....

**ZGODA NA SAMODZIELNY POWRÓT DZIECKA\***

Niniejszym wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu mojego dziecka /

..... z wypoczynku .....

..... /czytelny podpis rodzica/opiekuna/

\* W przypadku odbierania dziecka przez rodzica/opiekuna nie jest wymagana niniejsza zgoda.

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku<sup>1)</sup>
- kolonia
  - zimowisko
  - obóz
  - biviak
  - półkolonia
  - inna forma wypoczynku
- (proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku .....

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Miejsko 33-300 Polna Kółkowy + Św. Józefa 6

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą .....

..... (miejsowość, data) ..... (podpis organizatora wypoczynku)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona i nazwiska rodziców

3. Rok urodzenia

4. Adres zamieszkania

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców<sup>2)</sup>

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypraczenia, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności; niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypraczenia, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jadło samodzielnym, czy przyjmuje stałe i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tyżec .....  
 błonica .....  
 dżw .....  
 inne .....

oraz numer PESEL uczestnika wypraczenia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypraczenia (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

.....  
 (data) ..... (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypraczenia)

### III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNIKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNIKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNIKU

Postanawia się<sup>1)</sup>:

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypraczenie  
 odmówić skierowania uczestnika na wypraczenie ze względu

..... (data) ..... (podpis organizatora wypraczenia)

### IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNIKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNIKU W MIEJSCU WYPOCZYNIKU

Uczestnik przebywał ..... (adres miejsca wypraczenia)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ..... do dnia (dzień, miesiąc, rok) .....

..... (data) ..... (podpis kierownika wypraczenia)

### V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNIKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNIKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNIKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

..... (miejsceowość, data) ..... (podpis kierownika wypraczenia)

### VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNIKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNIKU

..... (miejsceowość, data) ..... (podpis wychowawcy wypraczenia)

<sup>1)</sup> Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.

<sup>2)</sup> W przypadku wypraczenia o charakterze wędrownym.

<sup>3)</sup> W przypadku uczestnika niepełnoletniego.