

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY – INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy - instruktora)

X. WARUNKI UCZESTNICTWA W KOLONII, OBOZIE.

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminu DWDz w szczególności dotyczy to zakazu palenia tytoniu, picia napojów zawierających alkohol, zażywania środków odurzających. W przypadku poważnego naruszenia regulaminu, uczestnik zostanie wydalony z placówki wypoczynku na koszt rodziców (opiekunów).
2. Uczestnik zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich imprezach, wycieczkach organizowanych przez wychowawców i słuchać ich poleceń.
3. DWDz nie ponosi odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestników podczas pobytu.
4. Uczestnik zobowiązany jest do posiadania aktualnej legitymacji szkolnej, niezbędnego ekwipunku, (bliźsze informacje na stronie internetowej www.dwdsidzina.pl)
5. W przypadku stałych schorzeń wymagających systematycznego zażywania leków – uczestnik obowiązany jest do posiadania własnych leków. Dotyczy to również osób cierpiących na chorobę lokomocyjną.
6. Uczestnik za pośrednictwem rodziców (opiekunów) ponosi odpowiedzialność materialną za wyrządzone szkody w placówce pobytu.

Oświadczam, że zapoznałam/em moje dziecko z ww warunkami uczestnictwa. Swym podpisem akceptuję zasady obowiązujące w DWDz

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

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

**KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

Adres placówki: **DOM WCZASÓW DZIECIĘCYCH nr 2**
34 - 236 SIDZINA
WOJ. MAŁOPOLSKIE

Telefony kontaktowe dla rodziców: **18/2699046** lub **18/8015810**
E-mail : sekretariat@dwd2sidzina.pl
Strona internetowa: www.dwd2sidzina.pl

I. Czas trwania wypoczynku:

.....
(miejscowość, data) (pieczęta szkoły, biura podróży)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA DO PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia..... Pesel
3. Imiona rodziców, telefony kontaktowe.....
.....
4. Adres zamieszkania
5. Nazwa i adres szkoły
6. Klasa Kasa Chorych.....

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości

..... zł. słownie zł.

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. **Proszę podkreślić dolegliwości i objawy, które występują u dziecka:** omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły katar, szybkie męczenie się, bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, inne
2. **Przebyte choroby zakaźne:** żółtaczką, różyczką, ospą, odra,
3. **Proszę podkreślić choroby, które wystąpiły u dziecka:** zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie uszu, zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli, cukrzyca, padaczka, świnka, angina grypa alergii / rodzaj alergii, przyjmowane dawki leków
4. **Złamania kończyn**.....
5. **Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu /podać powód /**.....
6. **Na jakie pokarmy, leki dziecko jest uczulone**.....
7. **Jazdę samochodem znosi:** dobrze, źle
8. **Nosi :** okulary, aparat ortodontyczny
9. **Inne informacje**

Stwierdzam, że podałam / łem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku.

W razie zagrożenia życia lub zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....
(data)

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

V. INFORMACJE O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

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

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

.....
(data)

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

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do placówki za odpłatnością w wysokościzł. słownie

.....
data

.....
podpis

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W DWDz

Dziecko przebywało w Domu Wczasów Dziecięcych nr 2 w Sidzinie od do2011 r.

.....
pieczętka i podpis dyrektora placówki

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

.....
data

.....
podpis pielęgniarki

