

Wioska Indiańska „Grala”
Grala-Dąbrowizna 93
08-118 Skórzec
Nr konta: 92 9221 0000 0132 1034 2000 0010, Powiatowy Bank Spółdzielczy

Informacje: www.wioskagrała.pl
tel. 606 985 505, lub 512 634 644

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: półkolonie
2. Adres placówki: Grala-Dąbrowizna 93 08-114 Skórzec
3. Czas trwania od: / /2019 do: / /2019

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora placówki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzeniaPESEL.....
3. Adres zamieszkania
4. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
.....
5. Dane rodziców (opiekunów)

	Ojciec /Opiekun	Matka / Opiekunka
Imię i Nazwisko		
Nazwa Zakładu Pracy		
Adres Zakładu Pracy		
Telefon Kontaktowy		
E-mail		

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości:

620 zł (półkolonie)

słownie: sześćset dwadzieścia zł

.....
(miejscowość, data)

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

7. O koloniach w „Wiosce Grala” dowiedziałem się z

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary)

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

Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

.....
.....

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

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień (kopia strony szczepień oraz strony z danymi dziecka)

Szczepienia ochronne podać rok: tężec, błonnica, dur,
inne

.....
(data)

.....
(podpis rodzica-opiekuna)

V. INFORMACJA O DZIECKU

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

VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZNAJOMOŚCI J. ANGIELSKIEGO

.....

.....
(data)

.....
(podpis rodzica-opiekuna)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (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 rodzica-opiekuna)

VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się :

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości 620 zł (półkolonie).
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....
(data)

.....
(podpis)

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dnia 20....r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

IX. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU 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)

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

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)