IX. INFORMACJA 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.

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

/miejscowość, data/ /podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku/

X. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na: obozie sportowo-wypoczynkowym w Nowej Rudzie,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| w dniach od ................................... | do ................................... | |
| /forma i adres placówki wypoczynku, data pobytu/ | | |
| .................................................... | .................................................................................................. | |
| /data/ | /podpis kierownika placówki wypoczynku/ | |
|  |  |  |

XI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY /TRENERA/ O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| .................................................... | .................................................................................................. | |
| /data/ | /podpis wychowawcy – trenera/ |  |

Proszę o wystawienie faktury na odbiorcę: ..................................................................................................

adres z kodem pocztowym: .................................................................................................................................

NIP /jeśli na zakład pracy lub inną instytucję/: ..........................................................................................

G L I W I C K I E

T O W A R Z Y S T W O

K O S Z Y K Ó W K I



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1.Forma placówki wypoczynku: obóz sportowo-wypoczynkowy

2.Adres placówki:

|  |  |
| --- | --- |
| .................................................... | .................................................................................................. |
| /data/ | /podpis organizatora/ |
|  |  |

II. WNIOSEK RODZICÓW /OPIEKUNÓW/ O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1.Imię i nazwisko dziecka ....................................................................................................................................

2.Data urodzenia ......................................................................................................................................................

3.Adres zamieszkania .............................................................................................................................................

telefon ........................................................................................................................................................

4.Nazwa i adres szkoły............................................................................................................................................

5.Adres rodziców /opiekunów/ w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6.Liczba osób na utrzymaniu rodziców /opiekunów/ | | | | ............ | (dotyczy publicznych pl. | |
| wypoczynku, w tym ............ | | dzieci uczęszczających do szkół i na wyższe uczelnie) | | | | |
| 7.Do jakiej kasy chorych dziecko należy ........................ | | | | PESEL ............................................................... | |  |
| 8.Oświadczenie rodziców /opiekunów/ o dochodach | | | | | |  |
|  | imię i nazwisko | | nazwa i adres |  | stanowisko | dochód mies. |
|  |  |  | zakładu pracy |  |  | brutto |
| ojciec |  |  |  |  |  | xxxxxxxxx |
| /opiekun/ |  |  |  |  |  |  |
| matka |  |  |  |  |  | xxxxxxxxx |
| /opiekunka/ |  |  |  |  |  |  |

1. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka na placówce wypoczynku w kwocie …………. zł /słownie: …………………………./

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

/miejscowość, data/ /podpis ojca, matki lub opiekuna/

1. INFORMACJA RODZICÓW /OPIEKUNÓW/ O STANIE ZDROWIA

DZIECKA / np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę autokarem, pociągiem, czy przyjmuje

stale leki i w jakich dawkach czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary/.

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

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

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

Stwierdzam, że podałam/em/ wszystkie informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na placówce wypoczynku.

W przypadku zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi, operacje.

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

/miejscowość, data/ /podpis ojca, matki lub opiekuna/

IV. REGULAMIN WYPOCZYNKU DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

OBOWIĄZKI UCZESTNIKA KOLONII /OBOZU/ ZIMOWISKA

* stosowanie się do poleceń opiekunów
* przestrzeganie regulaminu imprezy
* aktywne uczestniczenie w organizowanych imprezach
* zachowanie się zgodne z ogólnie przyjętymi zasadami współżycia koleżeńskiego
* zachowanie czystości i higieny osobistej
* poszanowanie mienia oraz sprzętu
* rzeczy wartościowe uczestnik może oddać do depozytu wychowawcy / pieniądze, komórki, itp. /,

w przeciwnym wypadku organizator nie ponosi odpowiedzialności za ich utratę.

***ZA SPOWODOWANE SZKODY NA KOLONII, OBOZIE, ZIMOWISKU ODPOWIEDZIALNOŚĆ***

***MATERIALNĄ PONOSZĄ RODZICE LUB PRAWNI OPIEKUNOWIE.***

ZABRANIA SIĘ:

* samowolnego oddalania od grupy
* posiadania i spożywania napojów alkoholowych oraz używania środków odurzających, wyrobów tytoniowych i innych używek
* przywłaszczania mienia innych uczestników imprezy i przedmiotów będących na wyposażeniu ośrodka, organizatora

***W PRZYPADKU NIEPRZESTRZEGANIA POWYŻSZEGO REGULAMINU, UCZESTNIK MOŻE ZOSTAĆ USUNIĘTY Z PLACÓWKI WYPOCZYNKU BEZ OSTRZEŻENIA I NA KOSZT RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW PRAWNYCH.***

Z treścią powyższego regulaminu zapoznaliśmy się i przyjmujemy do wiadomości oraz go akceptujemy

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

/miejscowość, data/ /podpis ojca, matki lub opiekuna/

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Komisja kwalifikacyjna Gliwickiego Towarzystwa Koszykówki postanowiła:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w kolonii/obozie/zimowisku.
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu .......................

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

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

/data/ /podpis organizatora/

VI. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Szczepienia ochronne /podać rok/ tężec | | | ..................... błonica | ........................ dur .......................... |
| Stan: skóra ................................. | | włosy ................................. | |  |
| Inne: .............................................................................................................................................................................. | | |  |  |
| .................................................... | |  | .................................................................................................. | |
|  | /data/ |  |  | / podpis/ |
|  |  |  |  |  |

VII. ORZECZENIE LEKARSKIE \* / w przypadku uczestnictwa w imprezie specjalistycznej/

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam /rozpoznanie/ .................................................................................

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

1. Dziecko może być uczestnikiem ..................................................................................................................
2. Zalecenia dla wychowawcy, służby zdrowia .........................................................................................

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

|  |  |
| --- | --- |
| .................................................... | .................................................................................................. |
| /data/ | / podpis i pieczęć lekarza/ |
|  |  |

VIII. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O UCZNIU

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

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

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

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

/data/ / podpis wychowawcy klasy/