

# Karta kwalifikacyjna Uczestnika Półkolonii

## I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. **Forma wycieczki:** Półkolonia dochodzeniowa
2. **Organizator:** POSiR Przemyśl
2. **Adres placówki:** ul. Mickiewicza 30; 37-700 Przemyśl
3. **Czas trwania:** .....

## II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIU DZIECKA NA PÓLKOLONIĘ

1. **Imię i nazwisko dziecka** .....
2. **Data urodzenia** .....
3. **Adres zamieszkania** ..... **tel.** .....
4. **Nr. PESEL dziecka** .....
5. **Nazwa Kasy Chorych** .....
6. **Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego** .....
7. **Adres i tel. rodzica (opiekuna) w czasie pobytu na placówce wycieczki (praca, dom itp.)**  
.....
8. **Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości** ..... zł  
(słownie: .....)
9. **Oświadczam, że zapoznałam(em) się z ofertą półkolonii i akceptuję przedstawione warunki uczestnictwa**

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis ojca, matki lub opiekuna

### III. INFORMACJA RODZICA (OPIEKUNA) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Dolegliwości występujące w ostatnim roku (omdlenia, bóle głowy, brzucha, duszności, niedosłuch, krwawienie z nosa i inne):

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

Dziecko jest uczulone: tak/nie\* (podać nazwę leku, pokarmu, itp.)

.....  
.....

Dziecko stale zażywa leki: tak/nie\* (podać w jakie, w jakich dawkach)

.....  
.....

Dziecko nosi: okulary, aparat ortodontyczny itp.

.....

Dziecko jest: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe inne informacje o zachowaniu: .....

.....

Stwierdzam, że podałam (em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis rodzica/opiekuna

### IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

(lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

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

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis rodzica/opiekuna

## **V. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

**Dziecko przebywało na półkolonii dochodzeniowej w POSiR Przemyśl w terminie od dnia ..... do dnia .....**

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis kier. placówki

## **VI. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU** (dane o przebytych chorobach, urazach, leczeniu itp.)

.....  
.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis lekarza lub pielęgniarki

## **VII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY – INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU W PLACÓWCE** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....  
.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wychowawcy, instruktora