

SJO „PRYMUS – LINGUIST”
30-718 Kraków, ul. Myśliwska 64
tel./fax. 0126532473 tel. kom 0605 952 789
e-mail: sekretariat@prymuslinguist.com.pl
www.prymuslinguist.com.pl
NIP 679-297-99-87

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU
LETNIEGO-KOLONIA**

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. FORMAWYPOCZYNKU.:KOLONIA LETNIA
2. ADRES PLACÓWKI : OŚRODEK ”SOROS” ul. Środkowa 57, 4-405 Białka Tatrzańska
3. CZAS TRWANIA : 26.07.2010 – 06.08.2010

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

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....
2. DATA I MIEJSCE URODZENIA.....
3. ADRES ZAMELDOWANIA I ZAMIESZKANIA DZIECKA.....
.....
4. NUMER PESEL DZIECKA.....
5. NAZWA I ADRES SZKOŁY..... KLASA.....
6. IMIĘ I NAZWISKO MATKI /OPIEKUNA/.....
7. IMIĘ I NAZWISKO OJCA /OPIEKUNA/.....
8. ADRES RODZICÓW /OPIEKUNÓW/ W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.....
.....
9. TELEFONY KONTAKTOWE DO RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW.....
10. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA WSZELKICH STRAT I ZNISZCZEŃ MATERIALNYCH W TRAKCIE TRWANIA TURNUSU WYNIKŁYCH I SPOWODOWANYCH PRZEZ MOJE DZIECKO PO PRZEDSTAWIENIU ODPOWIEDNICH FAKTUR WSKAZUJĄCYCH ZNISZCZENIE.

11. OŚWIADCZAM ŻE MÓJ SYN/ CÓRKA **POTRAFI PŁYWAĆ/ NIE POTRAFI PŁYWAĆ**

12. W RAZIE NIE PRZESTRZEGANIA PRZEZ DZIECKO REGULAMINU KOLONII / OBOZU, SPOŻYWANIA ALKOHOLU, PALENIA TYTONIU, AROGANCKIEGO ZACHOWANIA, WYBRYKÓW CHULIGANSKICH, SJO ”PRYMUS-LINGUIST” ZASTRZĘGA SOBIE PRAWO ODEŚLANIA UCZESTNIKA DO DOMU NA KOSZT RODZICÓW / OPIEKUNÓW, KTÓRZY PONOSZĄ MATERIALNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ RÓWNIEŻ ZA SZKODY WYRZĄDZONE PRZEZ DZIECKO PODCZAS POBYTU NA KOLONII / OBOZIE.

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA
PODPIS ORGANIZATORA

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA, PODPIS
RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA

III. INFORMACJA PIELEGNIARKI O DZIECKU:

SZCZEPIENIA.....
.....

(DATA)

(PODPIS)

IV. INFORMACJA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW O DZIECKU

UPRZEJMIIE PROSIMY O UWAGNE WYPEŁNIENIE PONIŻSZYCH PUNKTÓW, PONIEWAŻ KAŻDA INFORMACJA MOŻE MIEĆ WPLYW NA BEZPIECZEŃSTWO I ZDROWIE DZIECKA W TRAKCIE TRWANIA IMPREZY.

V.

1. PRZEBYTE CHOROBY/ROK ŻYCIA

ODRA ROK....., OSPA..... ROK RÓŻYCZKA..... ROK ŚWINKA
..... ROK ASTMA ROK ŻÓŁTACZKA ROK.....
SZKARLATYNA..... ROK..... PADACZKA..... ROK..... ZŁAMANIA..... INNE.....
.....

2. U DZIECKA WYSTĘPOWAŁY W OSTATNIM ROKU LUB WYSTĘPUJĄ OBECNIE: DRGAWKI, UTRATY PRZYTOMNOŚCI, ZABURZENIA RÓWNOWAGI, OMDLENIA, CZĘSTE BÓLE GŁOWY, LĘKI NOCNE, TRUDNOŚCI W ZASYPIANIU, TIKI, MOCZENIE NOCNE, CZĘSTE BÓLE BRZUCHA, WYMIOTY, KRWAWIENIE Z NOSA, DUSZNOŚCI, BÓLE STAWÓW, SZYBKIE MĘCZENIE SIĘ, NIEDOSŁUCH, JĄKANIE, PRZEWLEKŁY KASZEL, INNE
.....
.....

3. CZY DZIECKO BYŁO W SZPITALU? KIEDY? NA CO?.....?.....?

4. DZIECKO JEST UCZULONE TAK/NIE, JEŻELI TAK TO, NA CO?.....?

5. CZY DZIECKO STAŁE PRZYJMUJE LEKI, JEŚLI TAK TO, JAKIE I W JAKICH DAWKACH?.....
.....

6. JAZDĘ SAMOCHODEM ZNOSI ŹLE/DOBRCZE.....

7. CZY DZIECKO NOSI APARAT ORTODONTYCZNY LUB OKULARY?.....

8. INNE UWAGI O ZDROWIU DZIECKA.....

9. CZY DZIECKO UCZESTNICZY W WYJEŹDZIE NA KOLONIĘ/ZIMOWISKO PO RAZ PIERWSZY?.....

OŚWIADCZAM, ŻE PODAŁEM/AM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU OPIEKI W CZASIE POBYTU NA KOLONII/ZIMOWISKU.

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA
PODPIS RODZICÓW

IV ORZECZENIE LEKARSKIE

1. PO ZBADANIU DZIECKA STWIERDZAM ROZPOZNANIE.....

2. DZIECKO MOŻE BYĆ UCZESTNIKIEM.....

3. ZALECENIA DLA WYCHOWAWCY.....

4. ZALECENIA DLA PIEŁĘGNIARKI.....

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....
PODPIS LEKARZA

SJO „PRYMUS – LINGUIST”
30-718 Kraków, ul. Myśliwska 64
tel./fax. 0126532473 tel. kom 0605 952 789
e-mail: sekretariat@prymuslinguist.com.pl
www.prymuslinguist.com.pl
NIP 679-297-99-87

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY
(W PRZYPADKU BRAKU MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA OPINII WYCHOWAWCY KLASY -
WYPEŁNIA RODZIC LUB
OPIEKUN).....

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

.....
(DATA I PODPIS RODZICA/OPIEKUNA)

.....
(DATA I PODPIS WYCHOWAWCY)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

POSTANAWIA SIĘ;

1. ZAKWALIFIKOWAĆ I SKIEROWAĆ DZIECKO DO UDZIAŁU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU
ZA ODPLATNOŚCIĄ W WYSOKOŚCI ZŁ SŁOWNIE

2. ODMÓWIĆ SKIEROWANIA DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU ZE WZGLĘDU:
.....

.....

.....
(DATA)

.....
(PODPIS)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

DZIECKO PRZEBYWAŁO NA
(FORMA I ADRES PLACÓWKI WYPOCZYNKU)

OD DNIA DO DNIA R.

.....
(DATA)

.....
(CZYTELNY PODPIS KIEROWNIKA PLACÓWKI WYPOCZYNKU)

SJO „PRYMUS – LINGUIST”
30-718 Kraków, ul. Myśliwska 64
tel./fax. 0126532473 tel. kom 0605 952 789
e-mail: sekretariat@prymuslinguist.com.pl
www.prymuslinguist.com.pl
NIP 679-297-99-87

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (DANE O ZACHOROWANIACH, URAZACH, LECZENIU.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ORGANIZATOR INFORMUJE RODZICÓW O LECZENIU AMBULATORYJNYM LUB HOSPITALIZACJI DZIECKA

..... (MIEJSCOWOŚĆ, DATA) (PODPIS LEKARZA LUB PIELEŃNIARKI PLACÓWKI)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... (MIEJSCOWOŚĆ, DATA) (PODPIS WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA)