

**VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA  
W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU** (dane o zachorowaniach,  
urazach, leczeniu itp.)

---

---

---

---

---

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji  
dziecka**

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data) \_\_\_\_\_ (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę  
medyczną podczas wycieczki)

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

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data) \_\_\_\_\_ (podpis wychowawcy-instruktora)

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

\_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (podpis matki, ojca lub opiekuna)

PESEL \_\_\_\_\_

Nr legitymacji szkolnej \_\_\_\_\_

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma wycieczki \_\_\_\_\_
2. Adres \_\_\_\_\_
3. Czas trwania wycieczki od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
Trasa obozu wędrownego \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data) \_\_\_\_\_ (podpis organizatora wycieczki)

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE  
DZIECKA NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_
2. Data urodzenia \_\_\_\_\_
3. Adres zamieszkania \_\_\_\_\_
4. Nazwa i adres szkoły \_\_\_\_\_ klasa \_\_\_\_\_
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki dziecka w wysokości:  
\_\_\_\_\_ zł słownie \_\_\_\_\_ zł

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data) \_\_\_\_\_ (podpis matki, ojca lub opiekuna)

**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 ortodontyczny lub okulary)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
(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. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU** (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 na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(podpis)

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na \_\_\_\_\_  
(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)