

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

- Rodzaj wypoczynku: SYPNIEWO 2017 - obóz tenis sport angielski  
Adres placówki : Hotel Sypniewo Sp. z o. o., Sypniewo 1, 64-830 Margonin, tel. 067 284 70 91  
termin: 15.08-22.08.2017 r.

### II. DANE UCZESTNIKA

- Imię i nazwisko dziecka : .....
- Data urodzenia : .....
- Adres zamieszkania : .....
- Nazwa i adres szkoły: ..... klasa: .....
- Imiona rodziców, kontakt: telefoniczny i e-mail:  
.....  
.....
- Adres rodziców w czasie pobytu dziecka na placówce wypoczynku:  
.....  
.....

### III. INFORMACJA RODZICÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(na co dziecko jest uczulone, dolegliwości i objawy dziecka, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, przeciwwskazania dot. ćwiczeń fizycznych, pływania, przebywania na słońcu ...)

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

PESEL dziecka (ważne) .....

Stwierdzam, że podałem/łam wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis rodzica/opiekuna

---

**IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH**

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.

Szczepienia ochronne (podać) rok:

ospa ....., BCG ....., tężec ....., błonica ....., dur ....., polio ....., inne .....

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis rodzica

---

---

**V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY**

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy  
– wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....  
(data)

.....  
(podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

---

**VI. 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)

---

**VII. 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**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarce placówki  
wypoczynku)

---

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

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)

---