

**X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY –
INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA
WYPOCZYNKU.**

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

.....
.....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy - instruktora)

XI. WARUNKI UCZESTNICTWA W KOLONII, OBOZIE.

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminu DWDz w szczególności dotyczy to zakazu palenia tytoniu, picia napojów zawierających alkohol, zażywania środków odurzających. W przypadku poważnego naruszenia regulaminu, uczestnik zostanie wydany z placówki wypoczynku na koszt rodziców (opiekunów).
2. Uczestnik zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich imprezach, wycieczkach organizowanych przez wychowawców i słuchać ich poleceń.
3. DWDz nie ponosi odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestników podczas pobytu.
4. Uczestnik zobowiązany jest do posiadania aktualnej legitymacji szkolnej, niezbędnego ekwipunku, (bliźsze informacje na stronie internetowej www.dwd2sidzina.pl)
5. W przypadku stałych schorzeń wymagających systematycznego zażywania leków – uczestnik obowiązany jest do posiadania własnych leków. Dotyczy to również osób cierpiących na chorobę lokomocyjną.
6. Uczestnik za pośrednictwem rodziców (opiekunów) ponosi odpowiedzialność materialną za wyrządzone szkody w placówce pobytu.

Oświadczam, że zapoznałam/em moje dziecko z ww warunkami uczestnictwa. Swym podpisem akceptuję zasady obowiązujące w DWDz.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn.zm.)).

.....
.....
(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

**KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

Adres placówki: **DOM WCZASÓW DZIECIĘCYCH nr 2**
34 - 236 SIDZINA
WOJ. MAŁOPOLSKIE

Telefony kontaktowe dla rodziców: **18/2699046** lub **18/8015810**
E-mail : sekretariat@dwd2sidzina.pl
Strona internetowa: www.dwd2sidzina.pl

I. Termin wypoczynku

II. Forma wypoczynku

(turnus integracyjny, turnus śródroczny, biała szkoła - turnusy narciarskie, zielona szkoła zimowisko, obóz, biwak, kolonia)

.....
.....
(miejscowość, data) (pieczęta szkoły, biura podróży)

**III. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE
DZIECKA DO PLACÓWKI WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Rok urodzenia.....
3. Imiona i nazwiska rodziców, telefony kontaktowe.....
.....
4. Adres zamieszkania (kod pocztowy, ulica i nr domu/mieszkania)
.....
5. Nazwa i adres szkoły
Klasa oddział NFZ

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości

..... zł. słownie zł.

.....
.....
(miejscowość , data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

IV. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. **Proszę podkreślić dolegliwości i objawy, które występują u dziecka:** omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły katar, szybkie męczenie się, bóle brzucha, bóle stawów, łęki nocne, moczenie nocne, inne
2. **Przebyte choroby zakaźne:** żółtaczką, różyczką, ospą, odra,
3. **Proszę podkreślić choroby, które wystąpiły u dziecka:** zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie uszu, zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli, cukrzyca, padaczka, świnka, angina grypa alergii / rodzaj alergii, przyjmowane dawki leków
4. **Złamania kończyn**.....
5. **Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu /podać powód /**.....
6. **Na jakie pokarmy, leki dziecko jest uczulone**.....
7. **Jazdę samochodem znosi:** dobrze, źle
8. **Nosi :** okulary, aparat ortodontyczny
9. **Inne informacje**
10. **Informacja rodziców (opiekunów) o specjalnych potrzebach edukacyjnych dziecka, wynikających np. z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym**

Stwierdzam, że podałam / łem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku.

W razie zagrożenia życia lub zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

V. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

Pesel dziecka

.....
(data)

.....
(podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

VI. INFORMACJE O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

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

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy)

VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

Zakwalifikować i skierować dziecko do placówki za odpłatnością w wysokościzł. słownie

Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu

.....
(data)

.....
(podpis)

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W DWDz

Dziecko przebywało w Domu Wczasów Dziecięcych nr 2 w Sidzinie od do2019 r.

.....
(pieczętka i podpis dyrektora placówki)

IX. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA

W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o zachowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki)