

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

Forma wycieczki	Rekolekcje letnie	
Adres	Komańcza 173-174 38-543 Komańcza	Nowica 34 38-315 Uście Gorlickie
Czas trwania wycieczki	od	od
	do	do

Miejscowość, data	Podpis organizatora
	Stowarzyszenie Bractwa Młodzieży Greckokatolickiej SAREPTA

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

Imię i nazwisko dziecka	
Data urodzenia	
PESEL	
Oddział Wojewódzki NFZ	
Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów)	
Adres zamieszkania	
Telefon domowy	
Parafia - (podpis i pieczęć Proboszcza lub Katechety)	
Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na wycieczce	
Telefony rodziców (opiekunów)	
Telefon dziecka	

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Czy dziecko jest na coś uczulone? Na co?.....
2. Jak dziecko znosi jazdę samochodem?.....
3. Czy przyjmuje stałe leki? Jakie? W jakich dawkach?.....
4. Czy nosi aparat ortodontyczny?.....
5. Czy nosi okulary? Proszę podać siłę szkła dla obojga oczu.....
6. Inne informacje.....

IV. INFORMACJE O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec.....
błonnica.....
dur.....
COVID.....
inne.....

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)

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu.....
.....

(data)

(podpis)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na rekolekcjach letnich w.....
od dniado dnia.....2025r.

(data)

(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

(miejsce i data)

(podpis pielęgniarki lub lekarza)