

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

Forma wypoczynku	Rekolekcje letnie	
Adres	Komańcza 173-174 38-543 Komańcza	Nowica 34 38-315 Uście Gorlickie
Czas trwania wypoczynku	od ..... do .....	od ..... 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	
Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na wypoczynku	
Telefony rodziców (opiekunów)	
Telefon dziecka	

### III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Czy dziecko jest na coś uczulone? Jeśli tak, to 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 szkieł 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.....  
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 rekollekcjach letnich w.....  
od dnia .....do dnia.....2015 r.

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