VII. INFORMACJE KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNK zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)	VYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o	KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU
		1. Nazwa oferty: FLORBALKOWE WAKACJE 2. Forma placówki wypoczynku: obóz sportowy 3. Miejsce placówki: ul. Szkolna 1. Nowe Miasto nad Warta
Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.	ılatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.	ni
(miejscowość, data) (pod	(podpis kierownika placówki wypoczynku)	7 4
VIII. INNE UWAGI 1 ADNOTACJE:		3. Adres zamieszkania
		6. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku
		7. Tel. kontaktowy do rodziców
		8. Numer PESEL dziecka
		9. Nazwa lub nr kasy chorych



ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w placówce

wypoczynku w miejscu i terminie podanym powyżej. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w bazie danych firmy oraz na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r. poz. 2135, z późn. zm.)).

(podpisy obojga rodziców)

(miejscowość, data)

$E\dot{Z}$ EC $POLLO(ytp)$
----------------------------

## III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH / ZALECENIACH

:	:	
•	÷	
:	:	
:	i	
:	:	
•	:	
:	:	
:	:	
•	:	
:	:	
:	i	
:	:	
•	:	
•	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
•	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	÷	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
•	:	
:	:	
:	÷	
:	:	
:	÷	
:	:	
:	÷	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
:	:	
•	•	

od dnia ......do dnia .....

29.08.97 r. o ochronie danych osob	29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r. poz. 2135, z późn. zm.)).	IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH – PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZCZEPIENIA OCHRONNE PODAĆ ROK OSPABŁONNICABCG	$\mathcal{L}$
(data)	(podpisy obojga rodziców)	ĘŻECPOLLO(ytp)	C
III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O , SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH / ZALECENIACH (mp. na co dziecko iest uczulone, iak znosi iazde s	III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA I SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH/ZALECENIACH (mp. na co dziecko iest uczulone, iak znosi jazde samochodem, czv przvimuje stale	(data) (podpis rodzica lub pielęgniarki)	<u>:</u>
eki i w jakich dawkach, czy nosi aj	leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary itp.)	V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA	
		Postanawia się: I. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku.* 2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu: *	
and daione on warming in indii	tale to inlin		
CZY UZEECNO PIZYJIIUJE IENI – JESII IUN IO JUNIE	ian io janie		
Świerdzam, że zapoznałam(łem) się z vyboru oraz podałam(łem) wszystkie apewnieniu właściwej opieki w	Stwierdzam, że zapoznałam(tem) się z powyższymi punktami i dokonałam(tem) świadomego wyboru oraz podałam(tem) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.	(data) * niepotrzebne skreślić	
Zobowiązuję się do pokrycia przyjęty zakupu leków dla mojego dziecka. W razie zagrożenia życia mojego dzie diagnostyczne i operacje.	Zobowiązuję się do pokrycia przyjętych powyżej zobowiązań, w tym ewentualnych kosztów zakupu leków dla mojego dziecka. W razie zagrożenia życia mojego dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje.	VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU Dziecko przebywało na	: