

**VII. INFORMACJE KIEROWNIKA WYPOCZYNKU 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.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika placówki wycieczki)

**VIII. INNE UWAGI I ADNOTACJE:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU.**

1. Nazwa oferty : **FLORBALKOWE WAKACJE**
2. Forma placówki wycieczki: **obóz sportowy**
3. Miejsce placówki : **ul. Szkolna 1, Nowe Miasto nad Wartą**
4. Czas trwania

- **03.07.2021r. do 11.07.2021r.** \* - roczniki od 2003 do 2007

- **17.07.2021r. do 25.07.2021r.** \* - roczniki 2006 do 2011

\* *niepotrzebne skreślić*

**II. WNIOSEK RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU.**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia.....
3. Adres zamieszkania .....
4. Nazwa i adres szkoły .....
5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka .....
- .....
6. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki .....
- .....
7. Tel. kontaktowy do rodziców .....
8. Numer PESEL dziecka ●●●●●●●●●●
9. Nazwa lub nr kasy chorych .....

Po zapoznaniu się z programem imprezy, zakresem usług i świadczeń oraz cen i ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w placówce





.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika placówki wypoczynku)

---