VIII.	INFORMACJE	O	STANIE	ZDROWIA	DZIECKA
	W CZASIE TRWA urazach, leczeniu itp.)	NIA	WYPOCZYN	KU (dane o z	zachorowaniach
Orga dziec	nizator informuje rodz ka	ziców	o leczeniu amb	ulatoryjnym lu	b hospitalizacj
	(miejscowość, data)	_	(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)		
IX.	UWAGI I SPOSTI O DZIECKU PODCZ				STRUKTOR
	(miejscowość, data)	_	(podpi	s wychowawcy-instr	uktora)
III, I	nżam zgodę na przetw V i VIII karty kwalifik rony zdrowia dziecka.		-		-
	(data)	_	(podp	is matki, ojca lub op	iekuna)

	PESEL								
	Nr legitymacji szkolnej	Nr legitymacji szkolnej							
	KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU								
I.									
1.	Forma wypoczynku	Forma wypoczynku							
2.	Adres								
3.	Czas trwania wypoczynku od	do							
	Trasa obozu wędrownego								
_	(miejscowość, data)	(podpis organizatora wypoczynku)							
II.	DZIECKA NA WYPOCZYNE								
1. 2.	-								
3.									
4.		klasa							
5.	Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:								
	riares roazieo w (opiekano w) az	веска ргzебуwającego па wypoczynku:							
	powiązuję się do uiszczenia kosz	telefontelefon wypoczynku:telefontelefonz							

III.	INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy lub okulary)	znosi jazdę samochodem,	V.		CHOWAWCY KLASY O DZIECKU (w przypadku yskania opinii wychowawcy klasy-wypełnia rodzic lub
			_	(data)	(podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)
STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.			VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA Postanawia się: 1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek 2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:		
_			_	(data)	(podpis)
IV.	INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktuali	, ojca lub opiekuna) nym wpisem szczepień	VII. Dzie		POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU (forma i adres miejsca wypoczynku)
	epienia ochronne (podać rok): tężec, inne		od d	nia	
_	(data) (podpis lekarza, n	natki, ojca lub opiekuna)	_	(data)	(czytelny podpis kierownika wypoczynku)