

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy)

**OŚWIADCZENIE RODZICA**

1. Syn/córka będzie przestrzegał/-a Regulaminu Uczestnika.
2. W przypadku nieprzewidzianych zdarzeń, nie wynikających z winy organizatora, związanych z żywiołami np. pożar, wypadek komunikacyjny i podobne zdarzenia nie będę wnosil roszczeń do organizatora wypoczynku.
3. Zobowiązuję się do poniesienia odpowiedzialności materialnej za szkody wyrządzone przez moje dziecko.
4. W przypadku drastycznego naruszenia Regulaminu może zostać podjęta decyzja o usunięciu uczestnika z placówki na koszt rodziców.
5. W razie zagrożenia zdrowia i życia dziecka zgadzam/nie zgadzam się\* na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby obsługi wypoczynku zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

.....  
(data)

.....  
(podpis rodziców/opiekunów)

\* niepotrzebne skreślić

**Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia Św. Wincentego a Paulo  
ul. Dominikańska 40, 86-200 Chełmno nad Wisłą**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA „WAKACJI Z BOGIEM”**

1. Placówka Zgr. Sióstr Miłosierdzia Prowincji Chełmińsko-Poznańskiej
2. Adres placówki: ul. Kościelna 1, 83-311 Ostrzyce

Czas trwania: **od 3 do 10 lipca 2018 r.**

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

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 .....

Adres zamieszkania ..... data urodzenia

ulica: ..... miejscowość: .....

kod:..... poczta: .....

Nazwa i adres szkoły .....

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka .....

Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku .....

Telefon kontaktowy matki

dom.....praca.....kom.....

Telefon kontaktowy ojca

dom.....praca.....kom.....

Nr ubezpieczenia szkolnego NNW .....

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w wypoczynku za odpłatnością w wysokości.....słownie.....

.....  
(data)

.....  
(podpis rodziców/opiekunów)

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

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, czy ma czystą głowę itp.)

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

STWIERDZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/-ŁAM SIĘ Z POWYŻSZYMI PUNKTAMI, DOKONAŁEM/-ŁAM ŚWIADOMEGO WYBORU ORAZ PODAŁEM/-ŁAM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA PRZYJĘTYCH POWYŻEJ ZOBOWIĄZAŃ, W TYM EWENTUALNYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW DLA MOJEGO DZIECKA.

.....  
(data) (podpis rodziców/opiekunów)

### IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec ..... błonica .....  
dur ..... inne .....

.....  
(data) (podpis pielęgniarki)

### V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

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

.....  
.....  
.....  
(data) (podpis wychowawcy)

### VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się\*:  
1. zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w wypoczynku za odpłatnością w wysokości.....słownie.....  
2. odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu.....

.....  
(data) (podpis)

\* niepotrzebne skreślić

### VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....  
od dnia ..... do dnia .....  
inny termin .....

.....  
(data) (podpis kierownika placówki wypoczynku)

### VIII. INFORMACJE 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.

.....  
(miejsowość, data) (podpis lekarza/pielęgniarki placówki)