

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 wnosił 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. Poznańska 28, 64-200 Wolsztyn

Czas trwania: **od 13 do 19 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)