

# KARTA KWALIFIKACYJNA PLACÓWKI WYPOCZYNKU SHOCK DANCE



## INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI

1. Rodzaj placówki wypoczynku **Letnie Warsztaty Taneczne**
2. Adres placówki wypoczynku **Ośrodek Wypoczynkowy ZETOM Jachranka**
3. Czas trwania turnusu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *miejsowość, data*

\_\_\_\_\_ *podpis organizatora placówki wypoczynku*

### LETNIE WARSZTATY TANECZNE SHOCK DANCE` 2010

#### KARTA UCZESTNIKA (wypełniają rodzice-opiekunowie prawni)

1. Imię i nazwisko uczestnika \_\_\_\_\_
2. Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_
3. Adres zamieszkania wraz z kodem \_\_\_\_\_
4. Adres rodziców-opiekunów prawnych w trakcie pobytu dziecka na obozie: \_\_\_\_\_

tel: \_\_\_\_\_

5. Numer PESEL dziecka i nazwa kasy Chorych, do której dziecko przynależy: \_\_\_\_\_

6. Dokładna informacja rodziców-opiekunów prawnych dotycząca stanu zdrowia dziecka (np. na co jest uczulone, czy nosi okulary, jakie leki stałe przyjmuje, jak znosi jazdę samochodem oraz wszystkie inne informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu opieki dziecku na obozie):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### OŚWIADCZENIE

**Oświadczam, że w poczuciu troski o własne dziecko podałem/am WSZYSTKIE znane mi informacje (nie zatajając żadnej z nich), które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na wyjeździe.**

W przypadku zaistnienia zagrożenia zdrowia lub życia wyrażam zgodę\* / nie wyrażam zgody\* na hospitalizację dziecka po telefonicznym powiadomieniu.

\* niepotrzebne skreślić

Oświadczam również, że:

1. Wyrażam zgodę na wyjazd dziecka na Letnie Warsztaty Taneczne organizowany przez „SHOCK DANCE”.
2. Syn, córka będzie przestrzegać regulaminu placówki wypoczynku oraz regulaminu zajęć „SHOCK DANCE”.
3. Syn, córka jest świadoma, że: 1) celem obozu jest podniesienie ogólnej sprawności fizycznej i techniki tanecznej oraz aktywny wypoczynek, 2) zdecydował(a) się na wyjazd zbiorowy, co łączy się z zasadami współżycia w grupie.
4. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku nieprzestrzegania regulaminu Rada Pedagogiczna w uzgodnieniu z organizatorem może podjąć decyzję o usunięciu dziecka z placówki wypoczynku na koszt rodziców.
5. Zobowiązuję się do poniesienia odpowiedzialności materialnej za szkody wyrządzone przez moje dziecko.
6. Przyjmuję do wiadomości, że organizator nie zwraca kosztów za niewykorzystane dni pobytu na obozie z winy uczestnika lub ze względu na wcześniejsze zabranie dziecka z placówki.
7. Przyjmuję do wiadomości, że organizator nie ponosi odpowiedzialności materialnej za zagubione rzeczy.

\_\_\_\_\_ *imię i nazwisko (rodzic lub opiekun prawny)*

\_\_\_\_\_ *nr PESEL*

\_\_\_\_\_ *podpis*

## INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY

(NIE OBOWIĄZKOWE)

1. Uczeń(nica) interesuje się \_\_\_\_\_
2. Należy do koła zainteresowań \_\_\_\_\_
3. Inne uwagi o uczniu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*miejsowość, data*

\_\_\_\_\_  
*podpis wychowawcy klasy*

### INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ O SZCZEPIENIACH:

Szczepienia ochronne (podać rok) : tężec: \_\_\_\_\_ , błonica \_\_\_\_\_ , dur  
\_\_\_\_\_, Inne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(miejsowość i data)**

\_\_\_\_\_  
**(podpis pielęgniarki)**

### OPINIA LEKARZA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA

#### ORAZ WYRAŻENIE ZGODY NA UDZIAŁ W OBOZIE:

(ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI BADANIA KWALIFIKACYJNE SĄ NIEODPŁATNE)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(miejsowość i data)**

\_\_\_\_\_  
**(podpis i pieczęć lekarza)**

### ADNOTACJE MEDYCZNE W TRAKCIE TRWANIA OBOZU:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(miejsowość i data)**

\_\_\_\_\_  
**(podpis i pieczęć opieki medycznej)**