

I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNEKOWEJ

1. Rodzaj placówki wypoczynku
2. Adres placówki
3. Czas trwania od do

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNEKOWĄ

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia 3. Nr paszportu
4. Nr PESEL
5. Adres zamieszkania, telefon,
6. Nazwa i adres szkoły
7. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku

III. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka * : omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie, inne:
2. Przebyte choroby * (podać w którym roku): żółtaczka zakaźna, dur brzuszny (tyfus), błonica, inne zakaźne, zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego, częste anginy, zapalenie ucha, cukrzyca, padaczka, inne choroby
3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: tak, nie * podać powód
4. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone
5. Czy dziecko otrzymało surowicę (jaka, kiedy)
6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem: dobrze, źle *
7. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka

.....
(miejsowość, data).....
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

* Niepotrzebne skreślić

IV. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY

.....
(miejsowość, data).....
(podpis wychowawcy klasy, pieczęć szkoły)

V. INFORMACJA PIELEŃNIARKI (HIGIENISTKI SZKOLNEJ)

szczepienia ochronne (podać rok):

stan czystości skóry włosów; inne

.....
(miejsowość, data).....
(podpis pielęgniarki szkolnej)

VI. OPINIA LEKARZA (wymagane)

Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie)

1. dziecko może być uczestnikiem (rodzaj placówki wypoczynku)
wskazania i przeciwwskazania
2. dziecko nie kwalifikuje się na (rodzaj placówki wypoczynku)

.....
(miejsowość, data).....
(podpis i pieczęć lekarza)

VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA w czasie pobytu na placówce wypoczynku, dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.:

.....
(miejsowość, data).....
(podpis i pieczęć lekarza placówki wypoczynku)**WARUNKI UCZESTNICTWA:**

- Uczestnik kolonii/obozu zobowiązany jest stosować się do regulaminu i poleceń wychowawcy;
- Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, telefony komórkowe, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestników podczas pobytu oraz w środkach transportu;
- W przypadku spożywania alkoholu, przebywania pod jego wpływem lub poważnego naruszenia regulaminu obozu/kolonii uczestnik zostanie wydalony z placówki na koszt własny (rodziców/opiekunów)
- Uczestnik (rodzice, opiekunowie) ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez niego podczas podróży lub pobytu na placówce.

Ja niżej podpisany oświadczam, że warunki na kolonii/obozie są mi znane:.....
(podpis rodziców-opiekunów).....
(podpis uczestnika kolonii/ obzu)