

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O OBOZIE

1. Forma obozu: obóz wojskowy dla klas szkół ponadgimnazjalnych o profilu wojskowym/policyjnym, stacjonarny.
2. Adres:
3. Czas trwania:

.....,20... r. (podpis organizatora obozu)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ WOJSKOWY

1. Imię i nazwisko dziecka:
 2. Data urodzenia:
 3. Adres zamieszkania: tel. kontaktowy:
 4. Nazwa i adres szkoły: klasa
- Adres rodziców (opiekunów): dziecka przebywającego na obozie:

..... tel. kontaktowy:

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów obozu dziecka w wysokości..... zł słowniezł.

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE

ZDROWIA DZIECKA: (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....
.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA OBOZU.

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień
Szczepienia ochronne (podać rok): tężec,
błonica, dur, inne

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

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU
(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy
klasy -wypełnia rodzic lub opiekun)**

.....
.....
(data) (podpis wychowawcy lub rodzica -opiekuna)

IV. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na obóz

2. Odmówić skierowania dziecka na obóz

ze względu:

.....
(data)

.....
(podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE

Dziecko przebywało na

(forma i adres miejsca obozie)

od dnia do dnia 20.... r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika obozu)

**VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE
TRWANIA OBOZU** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....
.....
**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub
hospitalizacji dziecka**

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej

opiekę medyczną podczas wypoczynku)

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA
O DZIECKU PODCZAS TRWANIA OBOZU**

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych
w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie
niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.**

.....
(data)

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