

**V. 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)

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

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy)

--	--

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PLACÓWKI WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

**TOTALBIKES**

**Wojciech Koniuszewski**

**Ul. Olsztyńska 6/26, 15-870 Białystok**

**Nip: 542 290 49 46**

1. Nazwa oferty : Obóz Totalbikes 2010
2. Forma placówki wypoczynku: obóz sportowy
3. Miejsce placówki : .....
4. Czas trwania od ..... do .....

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia.....
3. Adres zamieszkania .....tel.....
4. Nazwa i adres szkoły .....
5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka .....
6. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku  
.....tel.kont. ....
7. Pesel dziecka ..... nazwa kasy chorych .....
8. Nr ubezpieczenia szkolnego (jeśli posiada).....

**III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE**

**ZDROWIA DZIECKA** i szczególnych potrzebach / zaleceniach

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

STWIERDZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM(ŁEM) SIĘ Z POWYŻSZYMI PUNKTAMI I DOKONAŁAM(ŁEM) ŚWIADOMEGO WYBORU ORAZ PODAŁAM(ŁEM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. ZOBOWIAZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA PRZYJĘTYCH POWYŻEJ ZOBOWIĄZAŃ, W TYM EWENTUALNYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW DLA MOJEGO DZIECKA. W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE.

.....  
(miejsowość , data)

.....  
(podpis rodzica)

**IV. INFORMACJA LEKARZA O ZDROWIU UCZESTNIKA**

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

.....  
(data)

.....  
(podpis lekarza rodzinnego)

---