

Związek Zawodowy Centrum Narodowe Młodych Rolników
KARTA UCZESTNIKA KOLONII LETNIEJ

Termin

Adres ośrodka

Imię i nazwisko	Data i miejsce urodzenia
Dokładny adres zamieszkania, telefon	PESEL
Narodowy Fundusz Zdrowia (podać województwo):	Nazwa i adres szkoły
Dokładny adres i nr Tel. Rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie	Nr legitymacji szkolnej
Nazwa i adres zakładu pracy matki	Nazwa i adres zakładu pracy ojca

INFORMACJA RODZICÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka (podkreślić):
omdlenia, częste bóle głowy, drgawki z utratą przytomności, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel szybkie meczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, moczenie nocne, inne;
2. Przebyte choroby (podać w którym roku):
żółtaczka zakaźna, dur brzuszny, błonica, choroby zakaźne, zapalenie nerek, zapalenie ucha, zapalenie wyrostka robaczkowego, angina....., cukrzyca....., padaczka....., inne.....
3. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone?
4. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu?
nie
tak (*proszę podać powód*)
5. Inne informacje o stanie zdrowia dziecka:

Z warunkami uczestnictwa i rezygnacji zostałam/ em zapoznany i wyrażam na nie zgodę.

.....
miejsowość, data

.....
podpis ojca lub matki

Stwierdzam, że podałam (em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku oraz wyrażam zgodę na ewentualną hospitalizację dziecka lub wszelkie działania ratujące jego życie.

.....
miejsowość, data

.....
podpis ojca lub matki

INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ

Wzrost:
Waga:
Stan czystości skóry: włosów
Szczepienia ochronne (podać, w którym roku):
ospa, BCG, błonica, dur, tężec, polio

.....
miejsowość, data

.....
podpis pielęgniarki szkolnej

OPINIA LEKARZA

Po zbadaniu dziecka stwierdzam (*rozpoznanie*):
.....
.....

1. dziecko może być uczestnikiem obozu
wskazania i przeciwwskazania:

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

2. dziecko nie kwalifikuje się na wyjazd:
wskazany wyjazd na:

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć lekarza

**OPINIA SZKOŁY (wypełnia wychowawca klasy) – w przypadku braku możliwości uzyskania opinii
wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun**

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(podpis wychowawcy/ opiekuna)

Potwierdzenie pobytu dziecka na wypoczynku

Dziecko przebywało na

.....
(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia do dnia 2..... r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

**Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy – instruktora
o dziecku podczas pobytu na kolonii/ zimowisku**

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis kierownika/ wychowawcy

Informacje o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu na kolonii letniej

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis lekarza lub pielęgniarki

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej uczestnika w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
(data)

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