



### INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

Organizator informuje rodziców (opiekunów) o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

Wpisać dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.

(miejsowość, dnia, podpis)



### UWAGI I SPOSTRZEŻENIA O DZIECKU W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

#### UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie przepisów art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (j.t. z 2002 r. Dz.U. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) upoważniam organizatora wypoczynku – O. Stanisław Pacholik SJ do przetwarzania danych osobowych zawartych w karcie uczestnika wyjazdu zgodnie z uprawnieniami wynikającymi z ustalonego zakresu czynności. Zobowiązuję Organizatora do zachowania tajemnicy o danych znajdujących się w karcie, jak i sposobach ich zabezpieczenia. Upoważnienie ważne jest na czas nieokreślony.

.....  
Podpis opiekuna

#### Uwaga!

Organizator zastrzega sobie prawo do usunięcia uczestnika z powodów dyscyplinarnych (wandalizm, spożywanie alkoholu, palenie itp).

Organizowane wyjazdy są w formie obozu a nie koloni. Program dnia uzależniony jest od warunków pogodowych. W czasie wypoczynku nastawiamy się na aktywność fizyczną min. piesze wycieczki po okolicach.

Więcej informacji na stronie internetowej [www.jedziemytuitam.pl](http://www.jedziemytuitam.pl)



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

### PLACÓWKI WYPOCZYNKU

miejsowość

#### INFORMACJE O PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Forma wyjazdu :

Obóz letni

Zimowisko

Czas trwania;

od:

do:



#### WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

D D M M R R R R R R

Miejsce urodzenia

Pesel

.....

Adres zamieszkania, telefon

Szkoła:  podstawowa

Klasa

Nazwa i adres szkoły

gimnazjum  średnia

Adres i telefon rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na wypoczynku

Zapoznałem/am się i akceptuję zasady uczestnictwa dziecka w placówce wypoczynku oraz zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka na placówce wypoczynku w wysokości ustalonej przez organizatora i w terminie przez niego wskazanym, pod rygorem skreślenia uczestnika z listy.

(miejsowość, dnia)

(podpis rodzica lub opiekuna)

## INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA

### DZIECKA



- |                                                        |                                              |                                               |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> krwotoki z nosa               | <input type="checkbox"/> częste wymioty      | <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel    |
| <input type="checkbox"/> ataki duszności               | <input type="checkbox"/> częste bóle głowy   | <input type="checkbox"/> lęki nocne           |
| <input type="checkbox"/> zaburzenia równowagi          | <input type="checkbox"/> częste bóle brzucha | <input type="checkbox"/> moczenie nocne       |
| <input type="checkbox"/> drgawki z utratą przytomności | <input type="checkbox"/> bóle stawów         | <input type="checkbox"/> szybkie męczenie się |
| <input type="checkbox"/> cukrzyca                      | <input type="checkbox"/> omdlenia            | <input type="checkbox"/> padaczka             |

Inne (wymienić):

#### Przebyte choroby (w którym roku)

<input type="text"/>	zapalenie nerek	<input type="text"/>	żółtaczka zakaźna	<input type="text"/>	częste anginy
<input type="text"/>	dur brzuszny	<input type="text"/>	różyczka	<input type="text"/>	zapalenie ucha
<input type="text"/>	błonica	Inne choroby:			
<input type="text"/>	zapalenie wyrostka				

Czy dziecko było w ostatnim roku w szpitalu ?

nie  tak

Na co dziecko Jest uczulone?

Czy dziecko otrzymało surowicę?

nie  tak

jaką i kiedy?

Jak dziecko znosi jazdę autokarem?

źle  dobrze

Czy dziecko nosi okulary?

tak  nie

Czy dziecko przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach? Inne ważne informacje o dziecku.



Stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku, a w razie zagrożenia jego życia wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Powierzając dziecko pod opiekę wychowawców wyrażam życzenie aby uczestniczyło w praktykach religijnych w czasie pobytu na wypoczynku.

Miejscowość, data

Podpis rodzica/opiekuna



### ORZECZENIE LEKARSKIE

Informacja lekarza o stanie zdrowia dziecka (wskazania – przeciwwskazania)

data

podpis i pieczęć lekarza



### INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ

szczenia ochronne (podać rok):

błonica

tężec

WZWA

WZW B





BCG

polio(typ)

różyczka




inne uwagi i spostrzeżenia :

miejscowość, dnia

czytelny podpis