

H. Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu w placówce wypoczynku

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

Wpisać dane o zachowaniu, urazach, leczeniu itp.

Miejscowość, data, podpis

WYPEŁNIA LEKARZ PLACÓWKI WYPOCZYNKU.

I. Potwierdzenie pobytu dziecka na placówce wypoczynku

Dziecko przebywało na

data, czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku

od dnia

do dnia

WYPEŁNIA ORGANIZATOR

J. Potwierdzenie dokonania wpłaty

Kwota

Nr KP

Data, podpis

WYPEŁNIA ORGANIZATOR

K. Oświadczenie Komendanta Hufca/ Chorągwi ZHP

Komenda Hufca/Chorągwi ZHP jako administrator danych oświadcza, że dane osobowe dziecka zawarte w niniejszej karcie będzie wykorzystywać i przetwarzać (zbierać, przechowywać, utrzymywać i usuwać) tylko w celu wykonania zadań statutowych ZHP (art.23, ust.1, pkt 5 i art.27, ust.1, pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r.- Dz.U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883), przy zachowaniu postanowień w/w ustawy, dotyczących gwarancji ochrony przetwarzania tych danych.

miejscowość, data, podpis komendanta Hufca/Chorągwi

Adnotacje



KARTA KWALIFIKACYJNA uczestnika wypoczynku

(pieczęć adresowa organizatora)

A. Informacja organizatora

Forma placówki

Termin

1 Obóz stały

2 3.08 - 19.08.2014 r.

Adres placówki (trasa obozu wędrownego)

3 Baza Obozowa, Rogowo Teren WAK, 72-330 Mrzeżyno

WYPEŁNIA ORGANIZATOR

B. Wniosek rodziców (opiekunów) o skierowanie dziecka na placówkę wypoczynku

Imię i nazwisko dziecka

1

Data urodzenia

Miejsce

NFZ

2a

2b

4

Adres zamieszkania, telefon

3

Nazwa i adres szkoły, klasa

6 Nr pesel

5

Adres rodziców (opiekunów), podczas pobytu dziecka na placówce, telefon

7

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów), miejsce zatrudnienia

Ojciec

Matka

8

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka na placówce wypoczynku w wysokości złotych:

Słownie złotych:

Do dnia:

Pod rygorem nieuczestnictwa dziecka w placówce wypoczynku.

Miejscowość, data, podpis rodzica lub opiekuna

Wpłata zaliczki

kwota/ nr KP

9

WYPEŁNIA JĄ RODZICE (OPIEKUNOWIE)

C. Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka:

- | | | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Częste bóle brzucha | <input type="checkbox"/> Krwotoki z nosa | <input type="checkbox"/> Zaburzenia równowagi | <input type="checkbox"/> Omdlenia |
| <input type="checkbox"/> Częste bóle głowy | <input type="checkbox"/> Ataki duszności | <input type="checkbox"/> Szybkie męczenie się | <input type="checkbox"/> Cukrzyca |
| <input type="checkbox"/> Przewlekły kaszel | <input type="checkbox"/> Częste wymioty | <input type="checkbox"/> Łęki noce | <input type="checkbox"/> Padaczka |
| <input type="checkbox"/> Moczzenie nocne | <input type="checkbox"/> Bóle stawów | <input type="checkbox"/> Drgawki z utratą przyt. | |

Inne (wymienić) _____

2. Przebyte choroby (w którym roku):

- | | | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Żółtaczkazakażna | <input type="checkbox"/> Błonica | <input type="checkbox"/> Durbrzuszny | <input type="checkbox"/> Częsteanginy |
| <input type="checkbox"/> zapalenie nerek | <input type="checkbox"/> Zapalenie wyrostka robaczkowego | <input type="checkbox"/> Zapalenie ucha | |
- Inne choroby zakaźne _____ Inne choroby _____

3. Czy dziecko było w ostatnim roku w szpitalu: Nie Tak Powód _____

4. Na co dziecko jest uczulone? _____

5. Czy dziecko otrzymało surowicę? Nie Tak Jaką i kiedy _____

6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem? Dobrze Źle

7. Czy dziecko nosi okulary: Tak Nie

aparatus ortopedyczny: Tak Nie

8. Czy dziecko przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach oraz inne uwagi o stanie zdrowia dziecka _____

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

_____ miejscowość, data, podpis

D. Informacja pielęgniarki (higienistki) szkolnej

Grupa dyspenseryjna (dotyczy obozów zdrowotnych)

Szczepienia ochronne (podać rok): _____

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ospa | Błonica | BCG | Tężec | Dur | Polio (typ) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

_____ miejscowość, data, podpis

E. Orzeczenie lekarskie

Imię i nazwisko _____

Po zbadaniu dziecka _____

Forma placówki wypoczynku _____

Stwierdzam, że może ono być uczestnikiem _____

W okresie _____ W miejscowości _____

Ewentualne uwagi lekarza (wskazanie- przeciwwskazania) _____

_____ miejscowość, data, podpis lekarza

WYPEŁNIŁA LEKARZ

F. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku, za odpowiedzialnością w wysokości _____ Stownie _____

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

(Powód odmowy) _____

Krzeszowice, 20.07.2014 r.

_____ miejscowość, data, podpis organizatora

WYPEŁNIŁA ORGANIZATOR

G. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy- instruktora o dziecku w czasie pobytu w placówce wypoczynku

_____ miejscowość, data, podpis

WYPEŁNIŁA WYCHOWAWCA - INSTRUKTOR

WYPEŁNIŁA RODZICE (OPIEKUNOWIE)

WYPEŁNIŁA PIELEŃNIARKA SZKOLNA