

Związek Harcerstwa Polskiego

KARTA KWALIFIKACYJNA

(pieczęć adresowa organizatora)

A. Informacja organizatora

Rodzaj placówki

Obóz stały

Termin

21.07-3.08.2014

Adres placówki

**BERDO Stanica harcerska hufca ZHP Sanok w
Myczkowcach**

Numer drużyny

2 PDH i 434 PDH

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

Imię i nazwisko dziecka

Data
urodzenia

dzień

miesiąc

rok

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon:

nr leg. ubezpieczeniowej

Nazwa i adres szkoły

Klasa

PESEL

OŚWIADCZENIE RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Niniejszym oświadczamy, iż pełna władza rodzicielska w stosunku do w/w małoletniej/ małoletniego przysługuje obojgu rodzicom (opiekunom) / jednemu z rodziców (opiekunów)*

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) zgodnie z powyższym oświadczeniem:

ojciec (opiekun)

Telefon

matka (opiekunka)

Telefon

Inne informacje dla organizatora wypoczynku dot. rodziców (opiekunów):

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka
na placówce wypoczynku w wysokości: **850 zł**

do dnia: **20.05.2014r**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w Karcie Kwalifikacyjnej na potrzeby organizacyjne placówki, na którą dziecko zostało zgłoszone.

....., dnia2014 roku.

podpisy rodziców (opiekunów)

(wg powyższego oświadczenia)

C. Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka:

- | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| ☐ częste bóle brzucha | ☐ krwotoki z nosa | ☐ zaburzenia równowagi | ☐ omdlenia |
| ☐ częste bóle głowy | ☐ ataki duszności | ☐ szybkie męczenie się | ☐ cukrzyca |
| ☐ przewlekły kaszel | ☐ częste wymioty | ☐ lęki nocne | ☐ padaczka |
| ☐ moczenie nocne | ☐ bóle stawów | ☐ drgawki z utratą przytomności | |

inne (wymienić)

2. Przebyte choroby (w którym roku):

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="text"/> żółtaczka | <input type="text"/> błonica | <input type="text"/> zapalenie ucha | <input type="text"/> angina |
| <input type="text"/> zapalenie nerek | <input type="text"/> dur brzuszny | <input type="text"/> zapalenie wyrostka | |

inne choroby zakaźne

inne choroby

3. 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 ? ☐ nie ☐ tak aparat ortodontyczny ? ☐ nie ☐ tak

8. Czy dziecko przyjmuje stale leki i w jakich dawkach oraz inne uwagi o stanie zdrowia:

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

....., dnia 2014 roku

podpisy rodziców

D. Informacja pielęgniarki (higienistki) szkolnej

					Grupa dyspanseryjna																			
Szczepienia ochronne (podać rok)																								
ospa	błonica	BCG	tężec	dur	polio (typ)																			
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

....., dnia2011 roku.

podpis pielęgniarki

E. Orzeczenie lekarskie

1. Po zbadaniu dziecka
stwierdzam (rozpoznanie)

2. Dziecko może być
uczestnikiem

3. Zalecenia dla:

wychowawcy	służby zdrowia
------------	----------------

....., dnia2014 roku

podpis lekarza

F. Informacja wychowawcy klasy

....., dnia2014 roku.

podpis wychowawcy

G. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości

	słownie:
--	----------

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

powód odmowy

H. Potwierdzenie pobytu dziecka na placówce wypoczynku

Dziecko przebywało na	data, podpis kierownika placówki
-----------------------	----------------------------------

od dnia

do dnia

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

J. Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu w placówce wypoczynku
Organizator informuje rodziców (opiekunów) o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

Adnotacje: