

CHRZEŚCIJAŃSKA SZKOŁA POD ŻAGLAMI

z siedzibą w Kurii Pelplińskiej

IX. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W
PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)

X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU
PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy - instruktora)

***PUNKTY IX i X – WYPEŁNIA ORGANIZATOR!**

SEKRETARIAT STOWARZYSZENIA

ul. Bydgoska 11 tel. 694 451 746 e-mail: sekretariat@cspz.pl
89- 412 Sośno fax. + 48 52 389 12 18 www.cspz.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

Forma wypoczynku: **WARSZTATY MARYNISTYCZNE**

Adres placówki: **Chorwacja, HR-23284 Mali Iż, Makovac 167**

Czas trwania od **24 lipca do 4 sierpnia 2019r.**

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

e-mail

Numer paszportu/dowodu osobistego dziecka.....

Numer PESEL dziecka.....

Nazwa i adres szkoły..... telefon.....

Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce
wypoczynku:

..... telefon.....

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

**Stwierdzam, że podałem(am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które
mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce
wypoczynku.**

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

