

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonica, dur

Inne.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

V. OPINIA LEKARZA RODZINNEGO

Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie)

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na.....

Od dnia do dnia 200 r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis osoby upoważnionej)



KU AZS Uniwersytetu Śląskiego

Ul. Bankowa 12/412

40-007 Katowice

KARTA UCZESTNIKA OBOZU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. **Forma placówki wypoczynku:** Obóz aikido

Adres placówki: Akademik pod Lesem ,ul.Komenskeho 1006, Koprivnice, Czechy

2. **Czas trwania od** 06.08.2010 **do** 15.08.2010 r.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....

2. Data urodzenia.....

3. Adres zamieszkania.....

4. Numer PESEL.....

5. Nazwa KASY CHORYCH.....

6. Nazwa i adres szkoły.....tel.

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

.....tel.

8. Adres e – mail rodziców (opiekunów).....

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 ojca, matki lub opiekuna)