

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA TURNUSU  
DYDAKTYCZNO-WYPOCZYNKOWEGO**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Adres placówki : Dom Wczasów Dziecięcych „ Green Rest” w Dusznikach-Zdroju  
ul. Wojska Polskiego 33 , 57-340 Duszniki Zdrój
2. Telefon kontaktowy dla rodziców: ( 074) 866 93 56
3. Czas trwania wypoczynku od ..... do.....

Duszniki–Zdrój, dnia .....  
.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA  
NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Pesel .....
4. Adres zamieszkania .....
5. Nazwa i adres szkoły ..... klasa .....
6. Imię i nazwisko rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:  
matka.....  
ojciec.....
7. Adres rodziców ( opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce  
Telefon.....

.....  
(miejscowość i data) .....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

**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)**

.....  
.....

**III a . Nazwa i adres Przychodni Zdrowia , z której korzysta dziecko**

.....  
NIP Przychodni .....

Imię i Nazwisko lekarza prowadzącego .....

**III.b INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O ZAINTERESOWANIACH I UZDOLNIENIACH  
DZIECKA**

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE  
O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI  
DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

.....  
(data i podpis matki, ojca lub opiekuna)

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

**lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień**

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

.....  
(data i podpis lekarza lub rodzica) .....  
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

## V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....  
(data i podpis wychowawcy lub rodzica -opiekuna)

---

## VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

.....  
.....

(data i podpis)

---

## VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało w Domu Wczasów Dziecięcych „ Green Rest ”w Dusznikach - Zdroju od dnia ..... do dnia ..... 201.... r.

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)

---

## VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

---

## IX. WARUNKI UCZESTNICTWA W WYPOCZYNKU

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminu Domu Wczasów Dziecięcych, w szczególności dotyczy to zakazu palenia tytoniu, picia napojów zawierających alkohol, zażywania środków odurzających. W przypadku poważnego naruszenia regulaminu uczestnika zostaje wydalony z placówki wypoczynku na koszt rodziców (opiekunów).
2. Uczestnik zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich imprezach, wycieczkach organizowanych przez wychowawców i stosować się do ich poleceń.
3. Dom Wczasów Dziecięcych nie ponosi odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestników pobytu.
4. Uczestnik za pośrednictwem rodziców (opiekunów) ponosi odpowiedzialność materialną za wyrządzone szkody w placówce pobytu.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.
6. W przypadku stałych schorzeń wymagających systematycznego zażywania leków- uczestnik obowiązany jest do posiadania własnych. Rodzic/Opiekun wyraża zgodę na podanie w/w leków podczas pobytu na zielonej szkole.

.....  
**Podpis rodzica/opiekuna**

---

Oświadczam, że zapoznałam/em moje dziecko z w/w warunkami uczestnictwa. Swoim podpisem akceptuję zasady obowiązujące w Domu Wczasów Dziecięcych. Podałam/em wszystkie istotne informacje o stanie zdrowia mojego dziecka.

W razie zagrożenia życia lub zdrowia dziecka **zgadzam się / nie zgadzam się\*** na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacyjne.

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(podpis rodzica/opiekuna)