

**ORGANIZATOR: POLSKI ZWIĄZEK PRODUCENTÓW ZIEMNIAKÓW
I NASION ROLNICZYCH W ŁODZI**

KARTA KWALIFIKACYJNA

I. Informacja organizatora wypoczynku.

1. Profilaktyka zdrowotna – wypoczynek – Kolonie letnie 2016
2. Adres placówki – Ośrodek Wczasowy „TROJAK”, ul. Bałtycka 10, Rowy
3. Czas trwania – 31.07-13.08.07.2016 r.

Warszawa
(miejsowość, data)

Marian Sikora - Prezes Zarządu
tel. 46/874 29 89, 601 989 365

Organizator FBZPR Agnieszka Falba-Galkowska 22 623 24 13

I. WNIOSEK RODZICÓW(OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Nazwisko i imię dziecka.....
2. Data urodzenia.....Pesel.....
3. Adres zamieszkania.....tel.
4. Gmina.....powiat.....
5. Adres rodziców(opiekunów) w czasie pobytu dziecka na koloniach.....
.....tel.....
6. Imię i nazwisko rodzica ubezpieczonego w KRUS, (rencisty,).....
.....NKP.....Nr renty.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

II. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA .

1. Na co jest uczulone
2. Jak znosi jazdę samochodem.....
3. Czy przyjmuje stale leki – jakie....., w jakich dawkach.....
4. Czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary.....
5. Inne.....

Stwierdzam, że podałem zgodne z prawdą, wszystkie znane mi informacje o dziecku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (DZ.U.Z 1997r nr 133 poz.883 z późniejszymi zmianami)

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

III. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

IV.

Szczepienie ochronne: data i rok. Tężec.....błonica.....

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki)

IV. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU:

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy)

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI DZIECKA.

Federacja Branżowych Związków Producentów Rolnych w Warszawie

kwalifikuje dziecko - TAK NIE .

Zimowisko dofinansowane z FS USR 750,00 zł.

Wpłata na konto

.....
(data)

.....
(podpis: Agnieszka Falba - Gałkowska)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKOWEJ.

Dziecko przebywało

(podać nazwę placówki)

od dnia.....

do dnia2016

.....
(data)

.....
(kierownik placówki wypoczynkowej)

VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA NA WYPOCZYNKU

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

UWAGI na temat sprawowania się dziecka podczas pobytu na wypoczynku

.....
.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(kierownik placówki wypoczynkowej)