

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

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji
dziecka**

(miejsowość, data)

(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę
medyczną podczas wycieczki)

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA
O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

(miejsowość, data)

(podpis wychowawcy-instruktora)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II,
III, IV i VIII karty kwalifikowanej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa
i ochrony zdrowia dziecka.**

(data)

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

PESEL _____

Nr legitymacji szkolnej _____

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki _____

2. Adres _____

3. Czas trwania wycieczki od _____ do _____

Trasa obozu wędrownego _____

H-Ho 15.06.2020
(miejsowość, data)

ZWIĄZEK ZAWODOWY ROLNICTWA
"SAMOOBRONA"
Al. Jerozolimskie 11/19 lok. 14
00-508 Warszawa
NIP 528 278 38 82
tel./fax 22 629 22 00

PRZEWODNICZĄCY
ZZR "SAMOOBRONA"
Kuropatwiński

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

1. Imię i nazwisko dziecka _____

2. Data urodzenia _____

3. Adres zamieszkania _____

4. Nazwa i adres szkoły _____ klasa _____

5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce:

telefon _____

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki dziecka w wysokości:

_____ zł słownie _____ zł

(miejsowość, data)

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

