

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

**KARTA KWALIFIKACYJNA**

**I. Informacja organizatora wypoczynku.**

1. Profilaktyka zdrowotna – wypoczynek –Kolonie letnie 2024
2. Adres placówki – Ośrodek Wypoczynkowo-Kolonijny DIAMENT, ul. Borkowska 6, 78-132 Grzybowo
3. Czas trwania: 20.07-28.07.2024 r.

Gańkówka Kol.  
(06-05-2024 r.)

Marian Sikora - Prezes Zarządu  
kom., 601 989 365

**Organizator związkowy Emilia Ożarowska, tel. 694 973 156**

**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, ).....  
....., .....  
(miejscowość, data ) (podpis rodzica/opiekuna)

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

1. Na co jest uczulone .....
2. Jak znosi jazdę autokarem.....
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 moich i mojego dziecka zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L z 2016r. nr 119/1- (zwanym dalej RODO).

Administratorem danych Pana/Pani i dziecka jest FS USB w Warszawie. Dane przechowywane są przez okres trwania umowy między FS USB a PZPZINR nie dłużej niż 5 lat. Dane osobowe do FS USB przekazane są przez PZPZINR.

Wyrażam zgodę na dowieszenie dziecka do szpitala, przychodni lekarskiej wraz z problemami zdrowotnymi.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w transporcie autokarowym.

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna)

---

III. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

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

.....  
(data)

.....  
(podpis pielęgniarki)

IV. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU:

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

.....  
(data)

.....  
(podpis wychowawcy)

---

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI DZIECKA.

Polski Związek Producentów Ziemniaków i Nasion Rolniczych

**kwalifikuje dziecko - TAK NIE .**

**Zimowisko dofinansowane z FS USR 1 200,00 zł.**

**Wpłata**

.....  
(data)

.....  
(podpis: Emilia Ożarowska )

---

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKOWEJ.

Dziecko przebywało .....

(podać nazwę placówki)

od dnia.....

do dnia .....2024

.....  
(data)

.....  
(kierownik turnusu wypoczynkowej)

---

VII. INFORMACJA STANIE ZDROWIA DZIECKA NA WYPOCZYNKU

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

UWAGI na temat sprawowania się dziecka podczas pobytu na wypoczynku

.....  
.....

.....

(miejsowość, data)

(kierownik turnusu wypoczynkowej)