

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

KARTA KWALIFIKACYJNA

I. Informacja organizatora wypoczynku.

1. Profilaktyka zdrowotna – wypoczynek – Kolonie letnie 2021
2. Adres placówki – Ośrodek Kolonijno-Wczasowy „POSEJDON”, ul. Gdańska 31A, 82-105 Stegna
3. Czas trwania: 10-19.07.2021 r.

Gańkówka Kol.
(05.05.2021r.)

Marian Sikora - Prezes Zarządu
kom. 601 989 365

Organizator 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,).....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 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).

.....
(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.

Federacja Branżowych Związków Producentów Rolnych w Warszawie

kwalifikuje dziecko - TAK NIE .

Kolonie letnie dofinansowane z FS USR 750,00 zł.

Wpłata Uzgodniona

.....
(data)

.....
(podpis: Emilia Ożarowska)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKOWEJ.

Dziecko przebywało

(podać nazwę placówki)

od dnia.....

do dnia2021

.....
(data)

.....
(kierownik placówki wypoczynkowej)

VII. INFORMACJA STANIE ZDROWIA DZIECKA NA WYPOCZYNKU

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

UWAGI na temat sprawowania się dziecka podczas pobytu na wypoczynku

.....
.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(kierownik placówki wypoczynkowej)