

DANE WYPOCZYNKU			
PÓŁKOLONIE „LATO w MIEŚCIE”	CMC Putex Sp. z o.o. 42-400 Zawiercie, ul. Paderewskiego 61	☐ 07 – 11.08.2023 ☐ 14 – 18.08.2023	OSIR II Zawiercie, ul. Białowska 40
FORMA WYPOCZYNKU	ORGANIZATOR	TERMIN	MIEJSCE ZBIÓRKI
DANE UCZESTNIKA			
IMIE		NAZWISKO	
DATA URODZENIA		NR PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA			
ADRES ZAMIESZKANIA RODZICÓW / PRAWNYCH OPIEKUNÓW			
IMIĘ MATKI / OPIEKUNA	TELEFON		
ADRES ZAKŁADU PRACY MATKI			
IMIĘ OJCA / OPIEKUNA	TELEFON		
ADRES ZAKŁADU PRACY OJCA			
DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA. POSTANAWIA SIĘ:			
☐ ZAKWALIFIKOWAĆ I SKIEROWAĆ UCZESTNIKA NA WYPOCZYNEK ☐ ODMÓWIĆ SKIEROWANIA UCZESTNIKA NA WYPOCZYNEK ZE WZGLĘDU:			
DATA		PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU	

POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU
Uczestnik przebywał na Akcji Lato w Mieście 2023, w terminie
Miejscowość, data, _____ Podpis Kierownika Wypoczynku
INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE
Miejscowość, data, _____ Podpis Kierownika Uczestnika
INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU
Miejscowość, data, _____ Podpis Wychowawcy Uczestnika

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU – WYPEŁNIA RODZIC / PRAWNY
OPIEKUN

Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny, słuchowy lub okulary)

Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka [podkreślić]:

Omdlenia, częste bóle głowy, drgawki z utratą przytomności, zaburzenia równowagi; częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, nocne moknięcia, inne:

Przebyte choroby [podać w którym roku]

Żółtaczka zakaźna, Dur brzuszny, Błonica, Choroby zakaźne, Zapalenie nerek

....., Zapalenie wyrostka, Zapalenie ucha, Anginy, Cukrzyca, Padaczka

Inne:

***Jak dziecko nosi jazdę samochodem? [podkreślić]:**

ŻŁE

ŚREDNIO

DOBRA



Oświadczenia Rodziców / Prawnych Opiekunów

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrożających życiu lub zdrowiu mojego dziecka

Miejscowość, data,

Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

Zapoznałem się z programem Akcji i wyrażam zgodę na jego realizację przez dziecko.

Miejscowość, data,

Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka do domu z akcji „Lato w Mieście 2023” w terminie niniejszego turnusu.

Miejscowość, data,

Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECI

Upoważniam do odbioru moich dzieci z Akcji „Lato w Mieście 2023”

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ

PESEL

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Potwierdzam prawidłowość powyższych informacji

Data:

Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna