

DANE WYPOCZYNKU			
PÓŁKOLONIE „ZIMA w MIEŚCIE”	CMC Putex Sp. z o.o. 42-400 Zawiercie, ul. Paderewskiego 61	☐ 16 – 20.02.2026	OSiR II Zawiercie, ul. Błanowska 40
		☐ 23 – 27.02.2026	
FORMA WYPOCZYNKU	ORGANIZATOR	TERMIN	MIEJSCE ZBIÓRKI
DANE UCZESTNIKA			
IMIĘ		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	

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):		
<u>Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka [podkreślić]:</u>		
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, moczenie nocne, inne:		
<u>Przebyte choroby [podać w którym roku]</u>		
Żółtaczka zakaźna, Dur brzuszny, Błonica, Choroby zakaźne, Zapalenie nerek, Zapalenie wyrostka, Zapalenie ucha, Anginy, Cukrzyca, Padaczka, Inne:		
<u>*Jak dziecko znosi jazdę samochodem? [podkreślić]:</u>		
ŻŁE	ŚREDNIO	DOBRZE

Oświadczenia Rodziców / Prawnych Opiekunów

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających 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 „Zima w Mieście CMC” w terminie niniejszego turnusu.

Miejscowość, data,

Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECI

Upoważniam do odbioru moich dzieci z Akcji „Zima w Mieście CMC”

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ

PESEL

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

Potwierdzam prawidłowość powyższych informacji

Data:

Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

**POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W
MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał na Akcji Zima w Mieście 2026, w terminie

Miejscowość, data

Podpis Kierownika Wypoczynku

**INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU ORAZ
O CHOROBY PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

Miejscowość, data

Podpis Kierownika Uczestnika

**INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA
WYPOCZYNKU**

Miejscowość, data,

Podpis Wychowawcy Uczestnika