



INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

Organizator informuje rodziców (opiekunów) o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

Wpisać dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.

(miejsowość, dnia, podpis)



UWAGI I SPOSTRZEŻENIA O DZIECKU W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

miejsowość, dnia, podpis

Uwaga!

Organizator zastrzega sobie prawo do usunięcia uczestnika z powodów dyscyplinarnych (wandalizm, spożywanie alkoholu, palenie itp).

Organizowane wyjazdy są w formie obozu a nie koloni. Program dnia uzależniony jest od warunków pogodowych. W czasie wypoczynku nastawiamy się na aktywność fizyczną min. piesze wycieczki po okolicach.

Więcej informacji na stronie internetowej www.jedziemytuitam.pl



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

PLACÓWKI WYPOCZYNKU

miejsowość

INFORMACJE O PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Forma wyjazdu :

Obóz letni Zimowisko

Czas trwania;

od: do:



WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Pesel

Adres zamieszkania, telefon

Szkoła: podstawowa

Klasa

Nazwa i adres szkoły

gimnazjum średnia

Adres i telefon rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na wypoczynku

Zapoznałem/am się i akceptuję zasady uczestnictwa dziecka w placówce wypoczynku oraz zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka na placówce wypoczynku w wysokości ustalonej przez organizatora i w terminie przez niego wskazanym, pod rygorem skreślenia uczestnika z listy.

(miejsowość, dnia)

(podpis rodzica lub opiekuna)

INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA

DZIECKA



- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> krwotoki z nosa | <input type="checkbox"/> częste wymioty | <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel |
| <input type="checkbox"/> ataki duszności | <input type="checkbox"/> częste bóle głowy | <input type="checkbox"/> lęki nocne |
| <input type="checkbox"/> zaburzenia równowagi | <input type="checkbox"/> częste bóle brzucha | <input type="checkbox"/> moczenie nocne |
| <input type="checkbox"/> drgawki z utratą przytomności | <input type="checkbox"/> bóle stawów | <input type="checkbox"/> szybkie męczenie się |
| <input type="checkbox"/> cukrzyca | <input type="checkbox"/> omdlenia | <input type="checkbox"/> padaczka |

Inne (wymienić):

Przebyte choroby (w którym roku)

<input type="text"/>	zapalenie nerek	<input type="text"/>	żółtaczka zakaźna	<input type="text"/>	częste anginy
<input type="text"/>	dur brzuszny	<input type="text"/>	różyczka	<input type="text"/>	zapalenie ucha
<input type="text"/>	błonica	Inne choroby:			
<input type="text"/>	zapalenie wyrostka				

Czy dziecko było w ostatnim roku w szpitalu ?

nie tak

Na co dziecko jest uczulone?

Czy dziecko otrzymało surowicę?

nie tak

jaką i kiedy?

Jak dziecko znosi jazdę autokarem?

źle dobrze

Czy dziecko nosi okulary?

tak nie

Czy dziecko przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach? Inne ważne informacje o dziecku.



Stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku, a w razie zagrożenia jego życia wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Powierzając dziecko pod opiekę wychowawców wyrażam życzenie aby uczestniczyło w praktykach religijnych w czasie pobytu na wypoczynku.

Miejscowość, data

Podpis rodzica/opiekuna



ORZECZENIE LEKARSKIE

Informacja lekarza o stanie zdrowia dziecka (wskazania – przeciwwskazania)

data

podpis i pieczęć lekarza



INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ

szczenia ochronne (podać rok):

błonica

tężec

WZWA

WZW B

BCG

polio(typ)

różyczka

inne uwagi i spostrzeżenia :

miejscowość, dnia

czytelny podpis