

.....

(podpis wychowawcy wypoczynku)

³ W przypadku uczestnika niepełnoletniego.

Informacje zawarte w formularzu będą traktowane poufnie i tylko w razie potrzeby będą ujawniane.

dziecko jest/nie* jest uczulone, jeśli tak proszę podać na co
Na jakie leki jest uczulone lub jakich nie może przyjmować
Jeżeli dziecko wymaga szczególnej opieki (np. lunatykuje, moczenie nocne itp...), w tym opieki medycznej, podać o jaką opiekę chodzi
Czy przyjmuje stale leki (jeśli tak proszę podać jakie i w jakich dawkach), nosi aparat ortodontyczny, soczewki, inne
Na jakie potrawy dziecko jest uczulone
Jakich potraw nie jada
Inne uwagi rodzica/opiekuna

pieczęć organizatora

- ☐ kolonia
- ☐ zimowisko
- ☐ obóz
- ☐ biwak
- ☐ półkolonia.
- ☐ inna forma wypoczynku – **obóz artystyczno-wypoczynkowy**
(proszę podać formę)

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą - **MACEDONIA**

(podpis organizatora wycieczki)

.....

.....

[illegible]

.....

.....

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku:

.....
.....

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

.....
.....

9. 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 lub okulary)

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

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

tęzec
błonica
inne
.....

.....
(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

III. DECYZJA ORGANIZATORA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się¹:

- ☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- ☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJE KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)