

**XI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU:**

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

.....  
Data:

.....  
Podpis wychowawcy:



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. **Nazwa obozu młodzieżowego:** **OM Grecja**
2. **Miejsce:** Hotel Galaxy \*\*\*  
Paralia Leptokarias, 600 63 Pieria - Grecja  
Tel. +30 23520 31531
3. **TELEFON** **17 7885222**
4. **Czas trwania turnusu:** **02-12.07.2022**

(miejsowość, data) .....

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....
3. Adres zamieszkania ....., telefon .....
4. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku ....., telefon .....

|                   | Imię i nazwisko, nr. telefon |
|-------------------|------------------------------|
| Ojciec (opiekun)  |                              |
| Matka (opiekunka) |                              |

Zobowiązuję się do zapłacenia kosztów pobytu dziecka w wysokości: 1999,00 + 35 EUR

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 poz. 2135, z póź. zm.)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody: na wykorzystanie zdjęć z obozu na stronie [veneto.pl](http://veneto.pl) oraz FB

.....  
Miejscowość, data:

.....  
Podpis rodziców lub opiekunów:

### III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA

**DZIECKA:** (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki, w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny, itp.)

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

Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

.....  
Data: ..... Podpis rodziców lub opiekunów: .....

**W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam zgodę  
na jego leczenie szpitalne,  
zabiegi diagnostyczne, badania i operacje.**

Data: ..... Podpis rodziców lub opiekunów: .....

### IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH

tężec: ....., błonica: ....., dur: ....., inne: .....

według kalendarza szczepień ochronnych

.....  
Data: ..... Podpis rodziców: .....

### V. INFORMACJE O ZAINTERESOWANIACH DZIECKA:

(czy należy do jakiegoś zespołu, czy uprawia jakąś dyscyplinę sportu, gra na instrumencie, itp.)

.....

### VI. NR i SERIA Dowodu Osobistego lub Paszportu (dziecka)

.....

### VIII. ZOBOWIĄZANIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

**W n/w przypadkach zobowiązuję się do:**

- pokrycia kosztów za umyślną dewastację sprzętu
- odbioru z placówki kolonijnej dziecka na własny koszt w przypadku łamania regulaminów obowiązujących uczestników na placówce wypoczynku, a w szczególności za spożywanie alkoholu, palenie tytoniu oraz używanie środków odurzających.

.....  
Data: .....

.....  
Podpis rodziców lub opiekunów: .....

### IX. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na OM ITALIA w terminie: 02-11.07.2021

.....  
Miejscowość, data: .....

.....  
Podpis kierownika kolonii: .....

### X. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU:

Dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu: .....

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

.....  
Miejscowość, data: .....

.....  
Podpis: .....