

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU
W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

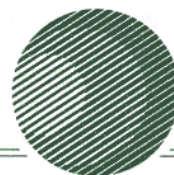
Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

..... (data) (czytelny podpis lekarza
lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU
PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

..... (miejsowość, data) (podpis wychowawcy, instruktora)



GLOB
Spółka z o.o.

PRZEDSIĘBIORSTWO TURYSTYCZNE

10-546 Olsztyn, ul. Kajki 7/19
tel. +48 89/527 20 04, +48 89/527 71 86, fax +48 89/527 23 28
e-mail: glob11@vp.pl, www.globolsztyn.pl

**KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku
2. Adres placówki
3. Czas trwania od.....do.....
Trasa obozu wędrownego.....

..... (miejsowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkaniatelefon.....
4. Nazwa i adres szkołyklasa.....
.....
5. Nr leg. szkolnej Seria i nr paszportu
Nr PESEL
6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:
.....telefon
7. Liczba osób na utrzymaniu rodziców (opiekunów)(dotyczy publicznych placówek
wypoczynku) w tym dzieci uczęszczających do szkół i na wyższe uczelnie.
8. Oświadczenie rodziców (opiekunów) o dochodach (dotyczy publicznych placówek wypoczynku).

	Imię i nazwisko	Nazwa i adres zakładu pracy	Stanowisko	Dochód mie- sięczny brutto
ojciec opiekun				
matka opiekunka				

9. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości:zł
słownie

..... (miejsowość, data) (czytelny podpis matki, ojca lub opiekuna)

