

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

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

.....  
podpis wychowawcy

**OBOWIĄZKI UCZESTNIKA KOLONII (OBOZU)**

1. Uczestnik kolonii (obozu) zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich imprezach organizowanych przez wychowawców, stosować się do regulaminów kolonii i ośrodka oraz poleceń wychowawców.
2. Uczestnik powinien zabrać ze sobą niezbędny ekwipunek (ubrania, obuwie, przybory toaletowe itp.).
3. Uczestnik zobowiązany jest do zabrania ze sobą odpowiedniego dowodu tożsamości (legitymacja szkolna, paszport).
4. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności materialnej za sprzęt RTV, telefony komórkowe, aparaty fotograficzne, kamery i inne przedmioty wartościowe uczestników oraz za pieniądze uczestników, które nie zostały zdeponowane u wychowawców.
5. Zabrania się spożywania alkoholu, palenia papierosów, zażywania innych środków odurzających. W przypadku spożywania alkoholu, palenia papierosów, zażywania innych środków odurzających, przebywania pod ich wpływem lub poważnego naruszenia regulaminu kolonii (obozu) uczestnik zostanie wydalony z placówki wypoczynku na koszt własny (rodziców, opiekunów).
6. Uczestnik (rodzice lub opiekunowie) ponosi materialną odpowiedzialność za szkody wyrządzone podczas pobytu na kolonii (obozie) i zobowiązuje się do pokrycia kosztów ich naprawy w sposób określony przepisami prawa miejsca pobytu.

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis pracownika Biura

.....  
podpis rodzica (opiekuna)



**MAESTRO Paweł Szajda**

45-068 Opole, ul. 1 maja 18, tel 666531333, e-mail: [maestro@taniec.info](mailto:maestro@taniec.info)

[www.maestro.taniec.info](http://www.maestro.taniec.info)

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU**

Adres placówki:

**Hotel Litwiński  
33-312 Tęgoborze 336**

Czas trwania wypoczynku:

**30.01.2015 – 06.01.2015**

.....  
Data i pieczęć organizatora

.....  
Podpis organizatora

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia ..... **PESEL** dziecka.....
3. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku, nr telefonu .....

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis rodzica (opiekuna)

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

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, bóle brzucha, bóle stawów, leki nocne, moczenie nocne, inne .....
2. Przebyte choroby (w którym roku): żółtaczka zakaźna ....., dur brzuszny ....., błonica....., inne choroby zakaźne .....  
zapalenie nerek ....., zapalenie wyrostka robaczkowego ....., zapalenie ucha ....., częste anginy ....., cukrzyca ....., padaczka ....., inne choroby .....
3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: tak, nie, podać powód .....
4. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone .....
5. Czy dziecko otrzymywało surowicę (jaka, kiedy).....
6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem: dobrze, źle .....
7. Czy dziecko przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi okulary korekcyjne, itp. ....
8. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis rodzica (opiekuna)

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE  
O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ  
OPIEKI W CZASIE POBYTU NA KOLONII (OBOZIE)**

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis rodzica (opiekuna)

### IV. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....  
(forma wypoczynku, adres / pieczęć adresowa placówki wypoczynku)

od dnia ..... do dnia .....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

### V. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA

w czasie pobytu na placówce wypoczynku (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.) .....

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka**

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis lekarza (pielęgniarki)