

PGR Bródno Sp. z o.o.
ul. Św. Wincentego 92
03-291 Warszawa

Karta kwalifikacyjna uczestnika kolonii

INFORMACJE O KOLONIACH

Rodzaj placówki wypoczynku

Kolonia letnia

Adres:

Ośrodek Wypoczynkowy „Jodełka”
ul. Kielecka 3; 26-010 Święta Katarzyna k/Bodzentyna

Warszawa, dnia 1 marca 2008 r.

(miejsowość, data)

Kierownik Placówki Wypoczynkowej

Małgorzata Cel

(podpis Kierownika Koloni)

Stosownie do art. 24 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883), PGR Bródno Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie zawiadamia, że dane osobowe uczestnika kolonii letnich zawarte w niniejszej karcie kwalifikacyjnej będą przetwarzane przez PGR Bródno Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Św. Wincentego 92 w celu zapewnienia prawidłowej organizacji i przebiegu wypoczynku. Uczestnik ma prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych w niniejszej karcie jest dobrowolne, lecz stanowi warunek kwalifikacji uczestnika do udziału w wypoczynku.

POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW UCZESTNICTWA DZIECKA W KOLONIACH

Imię i Nazwisko dziecka

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Nr ewidencyjny PESEL

Nr książeczki ubezpieczeniowej

Adres zamieszkania

Telefon

Adres Rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie

Telefony:

domowy

komórkowy

pracy

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażam zgodę na udzielenie kadrze kolonii wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzam, że podałem wszystkie znane nam informacje o dziecku, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na koloniach. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi, a nieujawnionych chorób. Przyjmuję do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli medycznej, podczas pobytu nie może zażywać żadnych leków.

(miejsowość, data)

(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

SZKOŁA

Imię i Nazwisko
ucznia

Klasa

Pieczęć szkoły

INFORMACJA RODZICÓW O ZDROWIU DZIECKA

Imię i Nazwisko dziecka		Grupa krwi	
Przebyte choroby (podać, w którym roku życia)		odra	ospa wietrzna
świnka	szkarlatyna	wzw	różyczka
choroby nerek (podać jakie)			
choroby reumatyczne			
astma	padaczka	alergie	
inne (podać trwające choroby przewlekłe)			
U dziecka występują: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, angina, duszności, bóle stawów, wymioty* inne:			
Czy dziecko w ostatnim roku przyjmowało anatoksynę przeciwtężcową – jeśli tak, to kiedy?			
Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy?			
Dziecko jest uczulone na:			
Dziecko winni stałe nosić:		okulary, aparat ortodontyczny*	inne:
Jazdę samochodem znosi:		dobrze	źle Inne informacje zdrowotne:

Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie):

Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących produktów:

(miejsowość, data)

(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

INFORMACJE PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

Wzrost	Waga	Kg, grupa dyspenseryjna	
Szczepienia ochronne - podać rok		teżec	błonnica
dur	wzw	ospa	BCG
Stan czystości	skóry	włosów	polio (typ)

(miejsowość, data)

(podpis i pieczętka pielęgniarki)

ORZECZENIE LEKARSKIE

Po zbadaniu	wyrażam	nie wyrażam	zgody na udział dziecka na kolonii oraz na piesze wędrówki
Dodatkowo wskazuję i zlecam			

(miejsowość, data)

(podpis i pieczętka lekarza)

WYNIK KONTROLI CZYSTOŚCI PRZED WYJAZDEM NA KOLONIE

Stan czystości	skóry	włosów
----------------	-------	--------

(miejsowość, data)

(podpis opieki medycznej)

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA KOLONIACH

Zachorowania, urazy, leczenie

(miejsowość, data)

(podpis opieki medycznej)

POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA KOLONIACH

Uczestnik przebywał	od dnia	do dnia
---------------------	---------	---------

(miejsowość, data)

(podpis komendanta)

* niepotrzebne skreślić