

KARTA UCZESTNIKA REJSU ŻEGLARSKIEGO

**Organizator:** Sail Swim Jakub Jakubowski, Łaziska 74c, 59-700 Bolesławiec tel.698 228 671

**Termin:** 11 - 21 sierpień 2023r. Wyjazd 22:00 Tesco Bolesławiec

**Rodzaj wypoczynku:** Rejs żeglarski - wędrowny

**Miejsce:** Szlak Wielkich Jezior Mazurskich

**I. WNIOSEK RODZICÓW / OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia.....Pesel.....
3. Adres zamieszkania .....
- telefon ..... e-mail:.....
4. Nazwa i adres szkoły .....
5. Nazwisko i imiona, adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku :  
Imię i nazwisko matki..... telefon.....  
Imię i nazwisko ojca..... telefon.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

**II. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

( np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNEKU. WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE I ZABIEGI WYNIKŁE W CZASIE POBYTU. NIE WIDZĘ PRZECIWWSKAZAŃ DO UPRAWIANIA ŻEGLARSTWA PRZEZ DZIECKO.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

**III. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

Szczepienia ochronne (podać rok):

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

.....  
(data)

.....  
(podpis pielęgniarki, lekarza lub opiekunów)

**IV. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**

( w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....  
(data)

.....  
(podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

**V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się :

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu :

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

**VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na .....

(forma i adres placówki wypoczynku)

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

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

**VII. 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**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki)

**VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)