

**ORGANIZATOR: POLSKI ZWIĄZEK PRODUCENTÓW ZIEMNIAKÓW
I NASION ROLNICZYCH w ŁODZI**

KARTA KWALIFIKACYJNA

I. Informacja organizatora wypoczynku.

1. Profilaktyka zdrowotna - wypoczynek – Kolonie letnie 2014
2. **Adres placówki - Ośrodek „ Małgorzata” Poronin ul Kasprowicza 41 A**
3. **Czas trwania - 30. 06 .2014r. - 13-07-2014 r.**
4. Marian Sikora - Prezes Zarządu - tel. 0-46/874-29-89, kom. 601-989-365
5. Organizator rejonowy: Biuro Senatora RP Przemysława Błaszczyka w Łęczycy tel. 24 721 40 05; Sylwia Prażnowska tel. 509-625-271; 601-932-712

I. WNIOSEK RODZICÓW(OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Nazwisko i imię dziecka.....
2. Data urodzenia.....Pesel.....
3. Adres zamieszkania.....tel.
4. Gmina.....Powiat.....Województwo.....
5. Adres rodziców(opiekunów) w czasie pobytu dziecka na koloniach.....
.....tel.....
6. Imię i nazwisko rodzica ubezpieczonego w KRUS, (rencisty, emeryta).....
..... NKP....., Nr renty/emerytury.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

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

1. Na co jest uczulone
2. Jak znosi jazdę samochodem.....
3. Czy przyjmuje stale leki – jakie....., w jakich dawkach.....
4. Czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary.....
5. Inne.....

Stwierdzam, że podałem zgodne z prawdą, wszystkie znane mi informacje o dziecku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych(DZ.U. Z 1997r.,nr 133,poz.883 z późniejszymi zmianami)

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

III. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH.

Szczepienie ochronne: data i rok. Tężec....., błonica.....

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki)

IV. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU:

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy)

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI DZIECKA.

Zarząd Polskiego Związku Producentów Ziemniaków i Nasion Rolniczych w Łodzi

kwalfikuje dziecko - TAK NIE .

Wpłata – Sylwia Prażnowska tel. 509-625-271; 601-932-712

.....
(data)

.....
(podpis: Marian Sikora – Prezes)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKOWEJ.

Dziecko przebywało

(podać nazwę placówki)

od dnia..... do dnia.....2013r.

.....
(data)

.....
(kierownik placówki wypoczynkowej)

VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA NA WYPOCZYNKU

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

UWAGI na temat sprawowania się dziecka podczas pobytu na wypoczynku

.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(kierownik placówki wypoczynkowej)