

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	
--------------------------	--

NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA MOJEGO DZIECKA WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE

.....  
(data)

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

Faktura VAT Dane do wystawienia faktury
Na kogo:.....
Adres.....

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

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

uwaga!!! uwaga!!! uwaga!!! uwaga!!! uwaga!!! uwaga!!! uwaga!!! uwaga!!!

**Wpłaty za kolonie należy przekazywać na konto organizatora wypoczynku:**

**Fundacja Centrum Kultury i Edukacji Muzycznej „TERAZ MUZYKA”**

**15-083 Białystok ul. Orzeszkowej 14 lok. 70**

**Bank 03 1600 1462 1874 9786 1000 0001**

(z podaniem imienia i nazwiska uczestnika oraz nr turnusu)

## **KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU** **Wakacyjnych Warsztatów Muzycznych w Formie Kolonii** **„Czas na Muzykę” 2019**

### **I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: warsztaty muzyczne w formie kolonii
2. Adresy : Hotelik KARMEL, Zarzecze 5, 16-300 Augustów Tel 87 643 57 62  
Leśne Zacisze 96-515 Teresin Aleja 20lecia 3, tel.508 528 917  
Czas trwania Augustów I 30.06 -07.07.2019 II 07.07.-14.07.2019  
Teresin III 21.07.-28.07.2019 IV 28.07.-04.08.2019

Białystok. 10.02.2019

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora wypoczynku)

Mirosława Zduniewicz - Kierownik Warsztatów - tel. kom. (0) 602 872 004

### **II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres zamieszkania .....
- .....  
Tel. domowy lub kontaktowy..... tel. dziecka.....  
Adres e-mail rodzica..... dziecka .....
- Imiona i nazwiska rodziców.....
4. Nazwa i adres szkoły (podst., gimn., ponadgimn.) .....
- ..... klasa .....
5. Specjalność: ....., forma uczestnictwa: **czynny bierny**  
Warsztaty (np. fletowe, obój/wokal itp).....
6. Nazwa i adres szkoły muzycznej .....
- ..... klasa ..... rok nauki .....
5. Adres rodziców (opiekunów) w trakcie pobytu dziecka na wypoczynku: .....
- ..... telefon .....
- Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości ..... zł  
słownie ..... zł

Wybieram pobyt dziecka na .....turnusie w ....., tj. w dniach.....

.....  
(miejscowość, data)

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

### III. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Lub dołączenie ksera książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienie ochronne (podać rok): tężec ....., błonica ....., dur ....., inne.....

.....

.....

.....

/ data /

/ podpis , matki, ojca, lekarza lub opiekuna/

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

(np. na co dziecko jest uczulone: pokarmy, leki, inne alergeny; jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, czy ma przed czymś lęki, czy nie ma przeciwwskazań przed zajęciami sportowymi);

.....

.....

.....

.....

.....

.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(data)

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

### V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

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

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

(podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

### VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu

.....

Białystok ..... rok

(data)

(podpis)

### VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....

(forma i adres miejsca wypoczynku)

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

(data)

(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

### VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

(miejsce, data)

(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

### IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsce, data)

(podpis wychowawcy-instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV, i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka

(data)

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

verte →