

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 KARMEŁ, 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 naturnusie 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.

.....
(miejsceowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

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

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsceowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r. poz. 2135, z późn. zm.)

.....
(data)

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