

## KARTA UCZESTNIKA REJSU ŻEGLARSKIEGO

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

**Termin:** 28.VI – 7.VII lub 16 – 25 VIII 2024r 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)