

**IX. INFORMACJE 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.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis lekarza  
/pielęgniarki placówki)

**X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS  
POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy)

**Stajnia**

„Biały Borek” s. c.  
Ośrodek Górskiej Turystyki  
Jeździeckiej Afiliowany przy PTTK

Biskupice,  
ul. Zrębska 93  
42-256 Olsztyn  
tel. 0-600 096 708, 0-603 930 703  
**www.stajnia.civ.pl**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU.**

1. Nazwa oferty: „.....”
2. Forma placówki wypoczynku: Ośrodek Górskiej Turystyki Jeździeckiej afiliowany przy PTTK
3. Miejsce placówki Biskupice, Gm. Olsztyn, ul. Zrębska 93
4. Czas trwania od .....do .....

**II. WNIOSEK RODZICÓW/OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA  
PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU.**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia..... klasa .....
3. Adres zamieszkania .....tel.....
4. Nazwa i adres szkoły .....
5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka .....
6. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku .....tel. kont. ....
7. PESEL dziecka ..... nazwa kasy chorych .....
8. Nr ubezpieczenia szkolnego .....

Po zapoznaniu się z programem imprezy, zakresem usług i świadczeń oraz cen i ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w placówce wypoczynku w miejscu i terminie podanym powyżej. Wyrażam dobrowolnie zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych firmy. Wiem, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883).

.....  
(data)

.....  
(podpis rodziców/opiekunów)

**Verte**

\* zakreślić wybrane pola.

### III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE

**ZDROWIA DZIECKA** i szczególnych potrzebach / zaleceniach

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

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

Niniejszym wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w nauce jazdy konnej.

STWIERDZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM(ŁEM) SIĘ Z POWYŻSZYMI PUNKTAMI I DOKONAŁAM(ŁEM) ŚWIADOMEGO WYBORU ORAZ PODAŁAM(ŁEM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA PRZYJĘTYCH POWYŻEJ ZOBOWIĄZAŃ, W TYM EWENTUALNYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW DLA MOJEGO DZIECKA.

..... ( data) ..... (podpis rodziców/opiekunów)

### IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec ..... błonnica.....  
dur ..... inne.....

..... (data) ..... (podpis pielęgniarki)

### V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

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

..... (data) ..... (podpis wychowawcy)

### VI DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku.\*

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu: \*

.....

..... (data) ..... (podpis)

### VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....  
od dnia ..... do dnia .....

..... (data) ..... (podpis kierownika placówki wypoczynku)

\* niepotrzebne skreślić