

Biuro Turystyczne Czerwiński Travel S.C.
80-807 Gdańsk, ul. Biegańskiego 10 lok. 11
tel. (58) 322 19 86 tel./fax. (58) 322 19 90
e-mail: biuro@ctravel.pl, www.ctravel.pl

Pieczęć biura

Konto: Bank PKO BP nr 38 1020 1811 0000 0802 0147 1762 NIP 583-305-23-02
Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Organizatorów i Pośredników Turystycznych Marszałka
Województwa Pomorskiego nr 299

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:

Rodzaj imprezy
Miejscowość
Termin

Gdańsk,
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. DANE DZIECKA:

Imię i nazwisko dziecka
Data urodzenia oraz pesel (OBOWIĄZKOWO !!)
Adres zamieszkania i telefon
Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na placówce wypoczynku oraz telefon kontaktowy
Nr paszportu (dot. wyjazdów zagranicznych)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Przebyte choroby (podać rok): odra....., ospa....., świnka....., różyczka....., szkarlatyna.....
Inne choroby (np. astma):
Na co dziecko jest uczulone:
Czy dziecko przyjmuje stale leki, jakie?:
Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny, okulary:
Jak dziecko znosi jazdę samochodem:
Inne dolegliwości i uwagi:

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na placówce wypoczynku.

Opiekun uczestnika odpowiada za szkody powstałe z winy uczestnika i zobowiązany jest do wyrównania strat niezwłocznie w miejscu ich wyrządzenia lub gdyby było to niemożliwe po przyjeździe dziecka z kolonii/obozu.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997 r (Dz.U. 133 poz.883) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w karcie kwalifikacyjnej uczestnika.

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

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

Inne uwagi

.....
(data)

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

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. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na *(forma i adres miejsca wypoczynku)*:

od dnia do dniar

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(miejsowość, data)

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

VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)