

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA
TURNUSU TERAPEUTYCZNEGO

I Informacja organizatora o turnusie

1. Forma placówki: *Fundacja ING Dzieciom*
2. Adres placówki: *ul. 11 Listopada 12, 43-460 Wiśła*
3. Czas trwania od do

Wiśła,

(data)

.....

(podpis organizatora)

II* Informacja rodziców (opiekunów) o dziecku skierowanym na turnus

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia dziecka.....
3. Pesel dziecka.....
4. Pełny adres zamieszkania
5. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców/opiekunów
7. Telefon kontaktowy rodziców lub opiekunów

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis ojca, matki lub opiekuna)

III* 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 okulary lub aparat ortodontyczny)

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

IV* Informacja o szczepieniach lub przedstawienie kopii książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis lekarza, ojca, matki lub opiekuna)

V* Wyrażam zgodę na wyjazd mojego dziecka

na turnus w Ośrodku Fundacji ING Dzieciom w Wiśle, ul. 11 Listopada 12 organizowany w dniach - oraz jego udział w wycieczkach pieszych i autokarowych a także zajęciach sportowych na sali gimnastycznej, basenie oraz na świeżym powietrzu.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis ojca, matki lub opiekuna)

VI* Jednocześnie wyrażam zgodę na zabiegi medyczne ratujące zdrowie i życie dziecka.

.....
(miejscowość, data)

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

VII Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych dziecka, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

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

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica)

VIII Potwierdzenie pobytu dziecka na turnusie

Dziecko przebywało na turnusie terapeutycznym w Ośrodku Fundacji ING Dzieciom w Wiśle przy ul. 11 Listopada 12 od dnia do dnia

Wiśla,
(data)

.....
(podpis organizatora)

IX Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu w placówce

.....
.....

Wiśla,
(data)

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