

Do uczestników, rodziców i opiekunów!

Naszym nadrzędnym celem jest zorganizowanie Wam jak najlepszego wypoczynku w ramach LSMT. Prosimy jednak pamiętać, że zdecydowaliście się na wyjazd zbiorowy, co łączy się z zasadami współżycia w grupie. Zapewniając wszystkim zdrowy i bezpieczny wypoczynek, zmuszeni jesteśmy ustalić odpowiednie zasady postępowania, a mianowicie:

1. Na LSMT obowiązuje **zakaz palenia papierosów, picia alkoholu, zażywania narkotyków i innych środków psychoaktywnych!** Nie możemy również pozwolić na oddalanie się od miejsca zakwaterowania i grupy bez wiedzy i zgody wychowawcy.
2. W godzinach 22.00-7.00 należy przebywać w miejscu zakwaterowania i przestrzegać ciszy nocnej.
3. Za szkody materialne wyrządzone przez uczestnika LSMT odpowiedzialność ponoszą rodzice lub opiekunowie prawni.
4. Uczestnicy LSMT zobowiązani są do przestrzegania regulaminów podczas pobytu w placówce wypoczynku.

**Zobowiązuję się do przestrzegania w/w zasad.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
/podpis uczestnika/

Przyjąłem do wiadomości

.....  
/ podpis rodzica/opiekuna/

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki **LETNIA SZKOŁA MŁODYCH TALENTÓW**
2. Adres: ul. Kapelanka 60, 30-347 Kraków
3. Czas trwania wycieczki od **24 czerwca do 30 czerwca 2018 rok**

### II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia ..... PESEL.....
3. Adres zamieszkania .....  
telefon .....
4. Nazwa i adres szkoły.....  
.....
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce:  
.....  
..... telefon.....
6. Narodowy Fundusz Zdrowia.....

.....  
(miejsce, 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 aparat ortodontyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....

.....

(data)

(podpis matki, ojca lub opiekuna)

---

#### IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

dur ....., inne .....

.....

.....

(data)

(podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

---

#### V. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....

(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia ..... do dnia..... 2011 r.

.....

.....

(data)

(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

---

**VI. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU** (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)

---

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje.

Zobowiązuję się zwrócić do kasy biura kwotę (uzgodnioną z kierownikiem) wydatkowaną na leki indywidualnie ordynowane dziecku zalecone przez lekarza.

W przypadku, gdy dziecko przyjmuje przed wyjazdem (lub na stałe) lekarstwa, poinformuję, o tym wychowawcę i przekażę pisemną informację o dawkowaniu wraz z lekarstwami.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VI karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.**

.....

(data)

.....

(podpis matki, ojca lub opiekuna)