

## OŚWIADCZENIE RODZICÓW

W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis rodziców lub prawnych opiekunów)

---

## IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....  
(data)

.....  
(podpis rodziców lub prawnych opiekunów)

---

## 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. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu.....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

## VII. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał na „PÓŁKOLONII SP1 2024”, 39 – 300 Mielec, ul. Kilińskiego 37

od dnia.....do dnia.....

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

## VIII. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBY PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)

---

## IX. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis wychowawcy)

---

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zmianami).

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis rodziców lub prawnych opiekunów)