



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

Uczestnik przebywał: \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_  
adres miejsca wypoczynku

\_\_\_\_\_  
data i podpis kierownika wypoczynku

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

\_\_\_\_\_  
data i podpis kierownika wypoczynku

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

\_\_\_\_\_  
data i podpis wychowawcy wypoczynku

#### PYTANIA ORGANIZATORA

PROSIMY NIE ZOSTAWIAĆ PUSTYCH MIEJSC, JEŻELI KTÓRYŚ Z PUNKTÓW NIE DOTYCZY PAŃSTWA DZIECKA  
PROSIMY WPISAĆ „NIE DOTYCZY”

Informacje przekazane przez Państwa nt. dzieci są dla nas bardzo ważne. Prosimy o jak najszerszą informację, tak abyśmy mogli w pełni zaopiekować się Państwa pociechą. Zawierać ona może wszystkie istotne wiadomości, które Państwa zdaniem mogą nam pomóc w sprawowaniu opieki. Zarówno te dotyczące bezpośrednio stanu zdrowia dziecka, ale także te dotyczące jego indywidualnych zachowań, obaw, odnajdywania się w grupie rówieśniczej itp. Wszystkie te informacje pozwolą nam nie tylko troskliwie zająć się dziećmi, ale przede wszystkim odpowiednio reagować w sytuacji choroby lub wypadku.

1. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel. Szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, urazy kończyn, inne (wymienić jakie). Prosimy o jak najszerszą informację, tak abyśmy mogli w pełni zaopiekować się Państwa pociechą (jak często występują dolegliwości opisane przez Państwa, jak w tej sytuacji Państwo postępujecie, jakie leki są stosowane, czy dziecko radzi sobie z daną sytuacją czy wymaga absolutnej opieki z naszej strony itp.)

2. Prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

- czy dziecko wyjeżdża po raz pierwszy samodzielnie na obóz? Jeżeli tak, to czy może mieć kłopoty z aklimatyzacją? \_\_\_\_\_

- czy u dziecka występuje bezsenność \_\_\_\_\_

- czy dziecko śpi samodzielnie (bezrodzica) \_\_\_\_\_

- czy u dziecka występują lęki nocne (lub inne lęki) \_\_\_\_\_

- czy dziecko moczy się w nocy \_\_\_\_\_

- czy dziecko samodzielnie używa sztućców, je, myje się, ubiera, załatwia potrzeby fizjologiczne

- czy u dziecka występuje lub jest podejrzenie występowania Zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD),

jeżeli tak proszę podać szczegóły nt. możliwych zachowań dziecka i Państwa sposobów na odpowiednie reakcje:

\_\_\_\_\_  
- czy u dziecka występuje lub jest podejrzenie występowania Zespołu Aspergera, jeżeli tak proszę podać szczegóły nt. możliwych zachowań dziecka, relacji z otoczeniem: dziećmi i dorosłymi, a także podjętych przez Państwa działań i wskazówek dla wychowawcy: \_\_\_\_\_

- czy dziecko korzysta z porad psychologa lub pedagoga szkolnego, jeżeli tak prosimy wpisać z jakiego powodu:

- czy dziecko chorowało lub choruje na choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe:

- czy dziecko przyjmowało lub przyjmuje leki psychotropowe:

- czy dziecko choruje na padaczkę \_\_\_\_\_

- czy dziecko choruje na cukrzycę \_\_\_\_\_

- czy dziecko miało kiedykolwiek wstrząs anafilaktyczny, kiedy i z jakiego powodu: \_\_\_\_\_

Udzielone przez Państwa odpowiedzi są konieczne dla sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem i zapewnienia mu bezpieczeństwa.

**Oświadczam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.**

3. Dziecko jest uczulone lub nie może stosować leków (proszę podać nazwę leku, pokarmu itp.)

4. Proszę wpisać ewentualne potrzeby dziecka wynikające z zachowania diety. UWAGA! Warunki i specyfikę diety należy ustalić z organizatorem w chwili rezerwacji lub zaraz po zapisaniu dziecka wyłącznie drogą e-mailową: [kasia@sun-sport.pl](mailto:kasia@sun-sport.pl).

**5. DOTYCZY UCZESTNIKÓW, KTÓRZY W TRAKCIE OBOZU PRZYJMOWAĆ BĘDĄ LEKI (dotyczy to wszystkich leków przyjmowanych na stałe, jak i doraźnie, np: chorób przewlekłych, alergii, ale także witamin, suplementów diety, leków na przeziębienie i innych).**

Ze względu na otrzymane w dniu 18 sierpnia 2016 roku zalecenia Ministerstwa Zdrowia: Rodzice, którzy chcieliby, aby dziecko przyjmowało leki w trakcie trwania obozu zobowiązani są przedłożyć organizatorowi wypoczynku zaświadczenie lekarskie zawierające następujące informacje:

**BARDZO PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA (wypełnia lekarz):**

Rozpoznanie choroby:

Postępowanie z dzieckiem i konieczność realizacji wskazanych stałych zleceń w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

Postępowanie w razie nasilenia objawów choroby:

Ewentualne ograniczenia i zalecenia dotyczące udziału dziecka w aktywnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych:

Nazwa leku

Sposób i ilość dawkowania leku

data, pieczęć i podpis lekarza

W sytuacji, gdy rodzic/opiekun prawny przekazuje pielęgniarce (na podstawie zlecenia lekarskiego) leki, które mają być podawane dziecku musi każdy lek opisać imieniem i nazwiskiem dziecka.

**DZIECKO NIE MOŻE SAMODZIELNIE PRZYJMOWAĆ ŻADNYCH LEKÓW. DOTYCZY TO WSZYSTKICH LEKÓW, TAKŻE PRZECIWBÓLOWYCH CZY SUPLEMENTÓW DIETY.**

6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych danych osobowych mojego dziecka przez Organizatora Aktywnego Wypoczynku SUN SPORT z siedzibą w Kaliszu (62-800) przy ul. Częstochowskiej 25, nr tel. 62/ 502-45-40, 760-39-39 w celu ochrony jego życia lub zdrowia w czasie trwania wypoczynku, przy okazji niezbędnych przygotowań do realizacji usługi oraz w celu rozpatrzenia ewentualnych reklamacji.

7. Wyrażam zgodę na zastosowanie ogólnodostępnych leków o działaniu objawowym sprzedawanych bez recepty lekarskiej np. leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwbiegunkowe, odkażające jamę ustną, krople o działaniu miejscowym, bandaże i opatrunki, maści itp.

8. Wyrażam zgodę na dokonanie przeglądu czystości skóry głowy dziecka i w razie konieczności na zastosowanie dostępnych w aptekach preparatów likwidujących pasożyty.

9. Oświadczam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

10. W przypadku konieczności sprawowania stałej opieki nad dzieckiem z powodu zachorowania, bądź konieczności umieszczenia go w szpitalu zobowiązuję się do przejęcia opieki nad dzieckiem w ciągu 24 godzin.

11. Oświadczam, że skan karty kwalifikacyjnej, który przekazałam/em organizatorowi jest zgodny z posiadanym przeze mnie oryginałem.

12. Zobowiązuję się do aktualizacji informacji zawartych w niniejszej karcie kwalifikacyjnej w przypadku zmiany stanu zdrowia mojego dziecka lub zmiany innych istotnych informacji.

13. Kod Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla mojego województwa \_\_\_\_\_

14. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

---

data i podpis rodzica/opiekuna prawnego