

DANE WYPOCZYNKU			
PÓŁKOLONIE „ZIMA w MIEŚCIE”	CMC Putex Sp. z o.o. 42-400 Zawiercie, ul. Paderewskiego 61	<input type="radio"/> 17 – 21.02.2025 <input type="radio"/> 24 – 28.02.2025	OSiR II Zawiercie, ul. Błanowska 40
FORMA WYPOCZYNKU	ORGANIZATOR	TERMIN	MIEJSCE ZBIÓRKI
DANE UCZESTNIKA			
IMIĘ		NAZWISKO	
DATA URODZENIA		NR PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA			
ADRES ZAMIESZKANIA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW			
IMIĘ MATKI / OPIEKUNA	TELEFON		
ADRES ZAKŁADU PRACY MATKI			
IMIĘ OJCA / OPIEKUNA	TELEFON		
ADRES ZAKŁADU PRACY OJCA			
DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA. POSTANAWIA SIĘ:			
<input type="radio"/> ZAKWALIFIKOWAĆ I SKIEROWAĆ UCZESTNIKA NA WYPOCZYNEK			
<input type="radio"/> ODMÓWIĆ SKIEROWANIA UCZESTNIKA NA WYPOCZYNEK ZE WZGLĘDU:			
DATA		PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU	

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU – WYPEŁNIA RODZIC / PRAWNY OPIEKUN
Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym
Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny, słuchowy lub okulary)
Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):
Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka [podkreślić]: Omdlenia, częste bóle głowy, drgawki z utratą przytomności, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, moczenie nocne, inne:
Przebyte choroby [podać w którym roku] Żółtaczka zakaźna, Dur brzuszny, Błonica, Choroby zakaźne, Zapalenie nerek, Zapalenie wyrostka, Zapalenie ucha, Anginy, Cukrzyca, Padaczka, Inne:
*Jak dziecko znosi jazdę samochodem? [podkreślić]:
<input type="radio"/> ŻŁE <input type="radio"/> ŚREDNIO <input type="radio"/> DOBRZE

Oświadczenia Rodziców / Prawnych Opiekunów	
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka	
Miejscowość, data, Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna	
Zapoznałem się z programem Akcji i wyrażam zgodę na jego realizację przez dziecko.	
Miejscowość, data, Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna	
Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka do domu z akcji „Zima w Mieście 2025” w terminie niniejszego turnusu.	
Miejscowość, data, Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna	
UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECI	
Upoważniam do odbioru moich dzieci z Akcji Zima w Mieście 2025	
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ	PESEL
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
Potwierdzam prawidłowość powyższych informacji	
Data:	Podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna

POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU	
Uczestnik przebywał na Akcji Zima w Mieście 2025, w terminie	
Miejscowość, data, Podpis Kierownika Wypoczynku	
INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE	
Miejscowość, data, Podpis Kierownika Uczestnika	
INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU	
Miejscowość, data, Podpis Wychowawcy Uczestnika	