



## II. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU:

1. Przebyte choroby (podać, w którym roku życia)

odra..... ospa..... różyczka..... świnka..... szkarlatyna.....

żółtaczkazakażna..... choroby reumatyczne..... choroby nerek.....

astma..... padaczka..... inne.....

2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku omdlenia, bóle głowy, brzucha, niedostuch, duszności, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, katar, anginy i inne:

3. Dziecko jest \* nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka;

4. Dziecko jest uczulone tak / nie\* (podać na co, np. nazwa leku, rodzaj pokarmu):

5. Dziecko nosi\* okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne: ....., zażywa stale leki, jakie:

6. Jazdę samochodem znosi **dobrze/ źle\*** Jeśli źle to prosimy o zaopatrzenie uczestnika w leki uzgodnione z lekarzem.

7. Inne uwagi o zdrowiu dziecka: .....

**UWAGA: Jeśli dziecko przyjmuje leki proszę o przygotowanie ich w woreczku z imieniem i nazwiskiem oraz opisem ich podawania zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego.**

**Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na placówce wypoczynku jak i w szpitalu.**

**Ponadto zobowiązuję się do pokrycia kosztów leków specjalistycznych (m.in. antybiotyków) przepisanych przez lekarza na receptę dla syna/córki\*.**

data ..... podpis matki, ojca lub opiekuna .....

\* Jeżeli zgoda nie zostaje wyrażona na zakup specjalistycznych leków proszę o skreślenie tego akapitu.

## III. DECYZJA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA:

Zakwalifikowano/nie zakwalifikowano\* w dniu ..... podpis .....

## IV. INFORMACJE PIELĘGNIARKI LUB LEKARZA:

1. Szczepienia: .....

2. Inne uwagi: .....

data ..... pieczęć i podpis .....

## V. ORZECZENIE LEKARSKIE:

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznaję):

2. Dziecko **MOŻE BYĆ / NIE MOŻE BYĆ\*** uczestnikiem obozu pod namiotami, w domkach kempingowych, w budynku \* .....

3. Zalecenia dla wychowawcy: .....

4. Zalecenia dla opieki medycznej: .....

data ..... pieczęć i podpis .....

## VI. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp.):

data ..... podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku .....

## VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....  
(forma i adres placówki wypoczynku)

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

(data)

(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

## VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE:

data ..... Podpis wychowawcy lub kierownika placówki .....

\*niepotrzebne skreślić

Wzór karty z dnia 10.12.2008