

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU

Zachorowania, urazy, leczenie

KARTA UCZESTNIKA SZKOŁY ZIMOWEJ

DANE DZIECKA

Imię i nazwisko dzieckaklasa

Data urodzenia PESEL.....

Adres zamieszkania, kod pocztowy, telefon

.....

Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka

.....

telefon domowy.....

telefon kom. matki.....

telefon kom. ojca.....

telefon kom. dziecka

DANE OŚRODKA

Zespół Szkoleniowo Wypoczynkowy „Rzemieślnik”

58-580 Szklarska Poręba

ul. Górna 21

tel. (75) 717 20 88

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za pobyt dziecka na Zimowej Szkole.

Wyrażam zgodę na wyjazd mojego dziecka na Szkołę Zimową do

Szklarskiej Poręby w dniach: 29.02.2012 – 09.03.2012

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią zasad obowiązujących moje dziecko w czasie pobytu na Szkole Zimowej. (do wglądu na tablicach informacyjnych w szkole oraz na stronie internetowej szkoły: www.liceum64.pl) Jednocześnie w przypadku rażącego złamania zasad regulaminu przez moje dziecko i po podjęciu przez nauczycieli decyzji o jego relegowaniu ze Szkoły Zimowej, zobowiązuję się odebrać je osobiście na koszt własny.

.....
(data)

.....
(podpis)

ZASADY ZACHOWANIA UCZNIÓW

1. Zachowujemy się zgodnie z powszechnie uznanymi zasadami dobrego zachowania.
2. Obowiązuje całkowity zakaz spożywania alkoholu i innych środków odurzających.
3. Zachowujemy się zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami bezpieczeństwa. Nie narażamy zdrowia swojego ani innych.
4. Szkoła zimowa to okazja do integracji, ale nie jest to miejsce ani czas na zbyt wylewne okazywanie uczuć. Uprawianie seksu jest karane i traktowane jako rażące naruszenie regulaminu.
5. Obowiązuje również całkowity zakaz palenia papierosów.
6. Każdy ponosi odpowiedzialność finansową za szkody wyrządzone w czasie szkoły zimowej.
7. Dbamy o higienę osobistą i estetykę otoczenia.
8. Pilnujemy rzeczy osobistych.
9. Obowiązuje bezwzględna punktualność.

INFORMACJA RODZICÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

• Przebyte choroby* (podać w którym roku życia):
odra....., ospa wietrzna....., różyczka....., świnka.....
szkarlatyna....., żółtaczkazakażna....., choroby nerek.....,
choroba reumatyczna....., astma....., padaczka.....,
inne choroby.....

• Czy u dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie*:
drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle
głowy, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha,
wymioty, krwawienie z nosa, przewlekający się kaszel (lub katar, anginy),
duszność, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jąkanie i
inne.....

• Czy dziecko jest uczulone*:
tak, nie (podać na co, np. nazwa leku, rodzaj pokarmu)

• Czy dziecko zażywa stale leki:
jakie?.....
• Czy dziecko jest na diecie:
jakiej?.....
• Jazdę samochodem znosi*: dobrze, źle

**niepotrzebne skreślić*

Inne uwagi o zdrowiu dziecka:

**Oświadczam, że wyrażam zgodę /nie wyrażam * zgody na podejmowanie
przez kierownika wyjazdu decyzji związanych ze sposobem leczenia,
hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia
lub życia mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka) w czasie trwania Szkoły Zimowej.**

**niepotrzebne skreślić*

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (ŁEM) WSZYSTKIE ZNANE MI
INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W
ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU
NA SZKOLE ZIMOWEJ.**

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

ORZECZENIE LEKARSKIE

Po zbadaniu dziecka stwierdzam, że dziecko może/nie może* być
uczestnikiem szkoły zimowej.

Może/nie może* uczestniczyć w wycieczkach terenowych.

Może/nie może* jeździć na nartach lub snowboardzie.
**niepotrzebne skreślić*

Zalecenia dla wychowawcy

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

