

KOLONIJNA KARTA DZIECKA

Adres placówki: **DOM WCZASÓW DZIECIĘCYCH W WYGONINIE**
83-430 STARA KISZEWA

Telefon kontaktowe dla rodziców: **058/802-76-04 lub 058/687-60-64**

e-mail : dwd.wygonin@powiatkoscierski.pl,

Strona internetowa: www.wygonin.pl

Czas trwania wypoczynku.....

I. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data i miejsce urodzenia..... PESEL.....
3. Adres zamieszkania
4. Telefon kontaktowy E-mail.....
5. Nazwa i adres szkoły..... Klasa.....
6. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów)
7. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.
8. Oświadczenie rodziców dotyczące ew. wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

	Imię i nazwisko	Dokładny adres zamieszkania	Telefon	Nr NIP
<i>Ojciec (opiekun)</i>				
<i>Matka (opiekun)</i>				

.....
(miejscowość, data)

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

II. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Drogi rodzicu wypełniając dokładnie tą część karty, umożliwiasz nam podjęcie właściwych działań gdy Twoje dziecko zachoruje.

1. Proszę podkreślić dolegliwości i objawy które występują u dziecka:

omdlenie, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły katar, szybkie męczenie się, bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, inne.....

2. Przebyte choroby zakaźne: żółtaczka, różyczka, ospa, odra,

3. Proszę podkreślić choroby które wystąpiły u dziecka: zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie uszu, zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli, cukrzyca padaczka, świnka, angina*....., grypa*..... alergia/rodzaj alergii, przyjmowane dawki leków/.....

*Podaj częstotliwość występowania

4. Złamania kończyn

5. Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu/podać powód/.....

6. Na jakie pokarmy, leki dziecko jest uczulone

7. Jazdę samochodem znosi: dobrze źle

8. Nosi: okulary, aparat ortodontyczny

9. Inne informacje

.....
podpis rodzica lub opiekuna

W RAZIE POTRZEBY ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE, STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (ŁEM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....
(miejscowość, data)

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

III. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

Szczepienia obronne (podać rok): tężec....., błonica.....
dur.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pielęgniarki)

IV. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy wypełnia rodzic lub opiekun)

.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)
opiekuna)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica-

V. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU)

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itd.)

.....
.....
.....
.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki
wypoczynku)