

# KOLONIJNA KARTA DZIECKA

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

Telefon kontaktowe dla rodziców: **58/687-63-67**

e-mail : [dwd.wygonin@powiatkoscierski.pl](mailto:dwd.wygonin@powiatkoscierski.pl),

Strona internetowa: [www.wygonin.pl](http://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.....3.PESEL.....
4. Adres zamieszkania .....
5. Telefon kontaktowy .....6.E-mail.....
7. Nazwa i adres szkoły.....8.Klasa.....
9. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) .....
10. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.....
11. 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>				

.....  
(miejsowość, 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.

.....  
(miejsowość, data)

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

### III. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis pielęgniarki)

### IV. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

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

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

.....  
(miejsowość, 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.**

.....  
(miejsowość, data)

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