

INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY

Uczeń(nica) interesuje się
należy do koła zainteresowań
należy do organizacji młodzieżowych: ZHP,
posiada: odznaki, stopnie, sprawności
jest członkiem szkolnych organizacji
uprawia dyscyplinę sportową
posiada odznaki turystyczne, sportowe
Inne uwagi o uczniu

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy klasy)

OPINIA LEKARZA

Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie)

1) dziecko może być uczestnikiem
(obozu)

wskazania i przeciwwskazania

2) dziecko nie kwalifikuje się na
(rodzaj obozu)

3) wskazany wyjazd na

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy klasy)

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA w czasie pobytu na obozie, dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza, pielęgniarki obozu)

Karta uczestnika obozu

CZĘŚĆ A

.....
(pieczęć adresowa organizatora obozu)

I. INFORMACJA ORGANIZATORA OBOZU

1. Rodzaj obozu
2. Adres placówki
3. Czas trwania od do
4. Trasa obozu wędrownego

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora obozu)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania, telefon
4. Nazwa i adres szkoły klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na obozie
6. Liczba osób na utrzymaniu rodziców (opiekunów)
w tym dzieci uczęszczających do szkół i na wyższe uczelnie
7. Oświadczenie rodziców (opiekunów) o dochodach

	Ojciec (opiekun)	Matka (opiekunka)
Imię i nazwisko		
Nazwa i adres zakładu pracy		

8. Proszę o skierowanie dziecka na obóz
za odpłatnością w wysokości

.....
(miejsowość, data)

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

III. POTWIERDZENIE POBYTU
DZIECKA NA OBOZIE

Dziecko przebywało na
(pieczęć adresowa obozu)

od dnia do dnia r.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kierownika obozu)

Karta uczestnika obozu

CZEŚĆ B

.....
(pieczęć adresowa szkoły)

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia klasa

INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)
O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka*):
omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburze-
nia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, prze-
wlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów,
łęki nocne, moczenie nocne, inne
2. Przebyte choroby* (podać w którym roku): żółtaczką zakaźną,
dur (tyfus), błonica....., inne choroby zakaźne,
zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego,
zapalenie ucha, częste anginy, cukrzyca,
padaczka, inne choroby
3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: tak, nie*) podać powód
.....
4. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone
5. Czy dziecko otrzymało surowicę (jaką, kiedy)
6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem: dobrze, źle*)
7. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka

.....
(miejsowość, data)

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

INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ

wzrost, waga, grupa dyspanseryjna,
szczepienia ochronne (podać rok): ospa, BCG, błoni-
ca,
dur, tężec, polio (typ),
stan czystości skóry, włosów

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis pielęgniarki szkolnej)

*) właściwe podkreślić