

# KARTA KWALIFIKACYJNA IMPREZ TURYSTYCZNYCH ORGANIZOWANYCH PRZEZ BIURO TURYSTYCZNE „BELFER-JB”

## I. INFORMACJA DOTYCZĄCA WYPOCZYNKU

FORMA .....

TERMIN .....

## II. WNIOSEK O SKIEROWANIE NA WYPOCZYNEK

1. IMIĘ I NAZWISKO.....
2. PESEL.....
3. ADRES ZAMIESZKANIA (*miejsowość, ulica, nr telefonu*)  
.....  
.....
4. E-MAIL.....

## III. INFORMACJE RODZICÓW/OPIEKUNÓW

1. PRZEBYTE CHOROBY /PODAĆ W KTÓRYM ROKU/  
ODRA \_\_\_ OSPA \_\_\_ RÓŻYCZKA \_\_\_ ŚWINKA \_\_\_ SZKARLATYNA \_\_\_  
ŻÓLTACZKA \_\_\_ ASTMA \_\_\_ REUMATYCZNE \_\_\_ NEREK \_\_\_ PADACZKA \_\_\_ INNE  
.....
2. DOLEGLIGOWOŚCI WYSTĘPUJĄCE U DZIECKA W OSTATNIM ROKU (omdlenia, bóle  
głowy, brzucha, niedosłuch, duszności, krwawienia z nosa, przewlekły kaszel, katar, angina i inne)  
.....  
.....
3. DZIECKO JEST NIEŚMIAŁE I NADPOBUDLIWE. INNE INOFORMACJE O USPOSOBIENIU  
I ZACHOWANIU DZIECKA  
.....  
.....
4. DZIECKO JEST UCZULONE \* TAK / NIE (podać na co, nazwę leku, rodzaj pokarmu lub inne)  
.....  
.....
5. DZIECKO NOSI \* OKULARY, APARAT ORTODONTYCZNY, WKŁADKI  
ORTOPEDYCZNE, I INNE  
.....  
.....
6. ZAŻYWA LEKI (JAKIE).....  
.....
7. JAZDĘ SAMOCHODEM ZNOSI \* DOBRZE / ŹLE
8. INNE UWAGI O ZDROWIU DZIECKA .....

W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA MOJEGO DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE. STWIERDZAM, ŻE PODANE ZOSTAŁY WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POSŁUŻYĆ I POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORGANIZOWANEGO PRZEZ BIURO TURYSTYCZNE „BELFER-JB”

.....  
(data, miejscowość)

.....  
(podpis rodziców, opiekunów)