

VII. REGULAMIN WYPOCZYNNKU:

- 1) Każdy uczestnik zobowiązany jest do ścisłego przestrzegania regulaminu. Winien stosować się do poleceń kierownika oraz wychowawców.
- 2) Uczestnik wypoczynku zobowiązany jest zabrać ze sobą aktualną legitymację szkolną oraz książeczkę zdrowia.
- 3) Zabrania się samowolnego opuszczania terenu obozu. Wszystkie wyjścia poza teren ośrodka odbywają się w sposób zorganizowany, pod opieką wychowawcy. Uczestnicy wypoczynku zobligowani są do przestrzegania porządku dnia. Każdy uczestnik dba o czystość ośrodka i jego otoczenia.
- 4) Zabrania się działań zagrożających bezpieczeństwu, zdrowiu i mieniu swojemu i innych uczestników wypoczynku.
- 5) Zabrania się spożywania napojów alkoholowych, narkotyków, środków odurzających, palenia tytoniu, wulgarnego zachowania, wszczynania awantur, bijatyk, zakłócania spokoju innym uczestnikom wypoczynku.
- 6) Każdy uczestnik powinien pilnować swoich osobistych, pieniędzy oraz dokumentów.
- 7) Za zgubiony sprzęt RTV oraz inne wartościowe rzeczy uczestnika organizator nie ponosi odpowiedzialności. Sugerujemy nie dawać dzieciom telefonów komórkowych i innych wartościowych rzeczy.
- 8) Zabrania się posługiwania otwartym ogniem oraz grzałkami w budynku. Zakazuje się samowolnego rozpalania ognisk. W przypadku zauważenia pożaru lub sytuacji grożącej pożarem należy natychmiast powiadomić wychowawcę i/lub kierownika.
- 9) Nie wolno podejmować prób napraw instalacji znajdujących się w budynku (zwłaszcza elektrycznej). Zabrania się używania sprzętu przeciwpożarowego dla celów nie związanych z akcją ratowniczą.
- 10) W czasie zagrożenia pożarowego uczestnicy wypoczynku opuszczają teren pod opieką wychowawców (bez ekwipunku).
- 11) Uczestnicy wycieczki idą zwartą grupą, stosując się do nakazów i zaleceń wychowawcy.
- 12) W czasie marszu należy zwracać baczną uwagę na poruszające się pojazdy mechaniczne. Jeźdnie wolno przekraczać tylko w miejscach do tego przeznaczonych, zachowując szczególną ostrożność. Zabrania się wbiegania na jezdnię, popychania oraz innych lekkomyślnych postępowań.
- 13) Rodzice uczestnika wypoczynku ponoszą materialną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez ich dziecko podczas pobytu na obozie.
- 14) Nie zastosowanie się do ww. regulaminu pociąga za sobą określone konsekwencje włącznie z dyscyplinarnym usunięciem z wypoczynku na koszt rodziców lub opiekunów.
- 15) Zgadzam się na wykorzystywanie wizerunku mojego dziecka w postaci zdjęć.

PODPIS RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

.....
PODPIS UCZESTNIKA
.....

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNNKU

1. Forma wypoczynku

Kolonia

Zimowisko

Obóz

biwak

pólkolonia

2. Inna forma wypoczynku (proszę podać formę)

3. Termin wypoczynku 10.02.2018r.-17.02.2018r.

3. Adres miejsc wypoczynku

Janusz Knap
34-700 Rabka Zdrój
Ponice 61a

miejscowość, data

..... podpis organizatora

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNNKU

1) Imię i nazwisko dziecka

2) Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów).....

3) Rok urodzenia.....

4) Adres zamieszkania

5) Adres zamieszkania lub pobytu rodziców(prawnych opiekunów).....

6) Numer telefonu rodziców (prawnych opiekunów).....

7) Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

8) Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

o szczeniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia

z aktualnym wpisem szczepień):

tyfus

tyfus błonicy

dur

inne

oraz numer PESEL uczestnika wycieczki

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)

9) Jakie lekarstwa i w jakich dawkach można podać dziecku w przypadku wystąpienia gorączki?

10) Inne uwagi o zdrowiu dziecka:

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacyjne. Stwierdzam, że podał(-am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie.

..... miejscowość i data

..... podpis rodziców (prawnych opiekunów)

Wyrażam zgodę na podanie leku mojemu dziecku w razie konieczności po wcześniejszej konsultacji telefonicznej.

..... miejscowość i data

..... podpis rodziców (prawnych opiekunów)

Wyrażam zgodę na przejazd mojego dziecka prywatnym samochodem (np. do lekarza).

..... miejscowość i data

..... podpis rodziców (prawnych opiekunów)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się

zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę

odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

(data)

..... podpis organizatora wycieczki

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał

..... (adres miejsca wycieczki)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

(data)

..... podpis kierownika wycieczki

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

..... miejscowość, data

..... podpis kierownika wycieczki

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

..... miejscowość i data

..... podpis wychowawcy wycieczki

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 7 lipca 2011 r. (poz. 835)

WZÓR

(nr ewidencyjny skierowania nadany
przez Narodowy Fundusz Zdrowia)(pieczętka świadczeniodawcy z numerem umowy
zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia)**Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową***

Nazwisko i imię nr PESEL

Adres zamieszkania

..... nr tel.
(ulica — nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
(ulica — nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)**Dotyczy dzieci**

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka nr PESEL

Rodzaj szkoły, klasa

I. WYWIAD (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

.....

Szczepienia ochronne (dotyczy dzieci)

Przebyte leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa* w ciągu ostatnich 3 lat (podać rok i uzdrowisko):

.....

II. BADANIE PRZEDMIOTOWE

Waga Wzrost RR / Tętno /min

Skóra i węzły chłonne obwodowe

Układ oddechowy z oceną wydolności

.....

Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA (jeżeli dotyczy)

.....

Układ trawienny

.....

Układ moczopłciowy z oceną wydolności nerek

.....

Układ ruchu

.....

Zdolność do samoobsługi: TAK NIEOcena sprawności ruchowej: samodzielnie poruszający się poruszający się przy pomocy(określić rodzaj niezbędnej pomocy,
np. wózek inwalidzki)

Układ nerwowy, narządy zmysłu

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia skierowania w języku polskim
..... wg ICD-10

--	--	--

Choroby współistniejące: wg ICD-10

--	--	--

..... wg ICD-10

--	--	--

Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych**: TAK NIE

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*

III. AKTUALNE WYNIKI BADAŃ laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych
(W przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala).

OB morfologia krwi

badanie ogólne moczu

RTG klatki piersiowej

EKG

inne

IV. WSKAZANIE PROPONOWANEGO MIEJSCA I RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO/REHABILITACJI UZDROWISKOWEJ*

UZDROWISKO: NADMORSKIE NIZINNE PODGÓRSKIE GÓRSKIE

RODZAJ ŚWIADCZENIA: UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE
 UZDROWISKOWE LECZENIE AMBULATORYJNE UZDROWISKOWA REHABILITACJA
W SZPITALU UZDROWISKOWYM UZDROWISKOWA REHABILITACJA W SANATORIUM
UZDROWISKOWYM

data
(podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

V. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ*
(Wypełnia lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia).

Leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa*: WSKAZANE PRZECIWWSKAZANE BRAK WSKAZAŃ

Propozycja miejsca leczenia

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (właściwe zaznaczyć):

SZPITAL UZDROWISKOWY SANATORIUM UZDROWISKOWE PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

data
(podpis i pieczęć lekarza)

VI. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ*
(Wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia).

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego: szpital uzdrowiskowy/sanatorium uzdrowiskowe/ przychodnia
uzdrowiskowa*

Uzdrowisko Zakład Lecznictwa Uzdrowiskowego

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok) od do

data
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

* Niepotrzebne skreślić.

** Określone w przepisach wydanych na podstawie art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. Nr 167, poz. 1399, z 2007 r. Nr 133, poz. 921, z 2009 r. Nr 62, poz. 504 oraz z 2011 r. Nr 73, poz. 390 i Nr 112, poz. 654).