**Adnotacja DLK o wykorzystaniu świadczeń:**

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

*Data wpływu wniosku i podpis pracownika Działu DLK* 1 ...................................... .........................

 *miejscowość termin*

 2 ...................................... ..........................

 *miejscowość termin*

**WNIOSEK**

**(KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU)O PRZYZNANIE KOLONII, OBOZU LUB ZIMOWISKA**

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

*imię i nazwisko wnioskodawcy Dział/oddział nr osobowy*

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

*adres zamieszkania wnioskodawcy numer telefonu*

1. **Proszę o przyznanie kolonii (obozu) zimowiska w** ................................................................................................

*nazwa placówki*

 w terminie od ...................................... do ....................................

**lub zamiennie:** w .........................................................................w terminie od ....................... do ......................

**- dla mojego dziecka:**

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

*imię i nazwisko dziecka data urodzenia PESEL dziecka*

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

*adres zamieszkania dziecka* *telefon*

……………………………………..

*data i podpis wnioskodawcy*

1. **DECYZJA KOMISJI SOCJALNEJ: Postanawia się:**

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek do …………………………….………………………………………………..

- odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu na ………………………….………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

 *podpis pracownika DLK*

1. **INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA:**

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, przebyte choroby zakaźne, czy w ostatnim roku przebywało w szpitalu czy stosuje dietę, itp.).

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacyjne.

 Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu

 właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

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

*data i podpis rodzica (opiekuna)*

1. **INFORMACJA O AKTUALNYCH SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH, ZAWARTA W KSIĄŻECZCE ZDROWIA:**

Tężec…………………………………………………………………………………

Dur……………………………………………………………………………………

Błonica………………………………………………………………………………

Inne szczepienia………………………………………………………………..

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

 *podpis rodzica/pełnoletniego uczestnika*

1. **INFORMACJA o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

......................................... …………….........................................................................

 *data podpis rodzica/pełnoletniego uczestnika wypoczynku*

1. **INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE:** …………………………………………….

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka oraz zobowiązuje się

 przesłać dokumentację medyczną

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

*miejscowość, data podpis kierownika wypoczynku*

1. **INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU.**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ....................................................... …………………………………………………..

 *miejscowość, data podpis wychowawcy wypoczynku*

1. **Kwituję odbiór karty wyjazdowej na kolonię, obóz, zimowisko**

 Bogatynia godz. ………………………… Przystanek………………………………………….

 Zgorzelec godz. …………………….…… Przystanek…………………………………….…….

*Osoba korzystająca z ulgowych usług i świadczeń (ze środków Funduszu), która złożyła oświadczenie niezgodne z prawdą, przedłożyła sfałszowany dokument lub w inny sposób świadomie i celowo wprowadziła w błąd albo wykorzystała przyznane środki z Funduszu niezgodnie z ich przeznaczeniem traci prawo do korzystania ze środków Funduszu przez trzy kolejne okresy, na jakie można otrzymać dane świadczenie lub pomoc. Ponadto jest zobowiązana do niezwłocznego zwrotu otrzymanej kwoty dopłaty lub pomocy wraz z ustawowymi odsetkami.*

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

*data i podpis wnioskodawcy*