

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU SPORTOWEGO

I. INFORMACJA ORGANIZATORA

1. Forma wypoczynku – obóz piłkarski
2. Czas trwania od –
3. Miejsce –

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

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzeniaPESEL

Adres zamieszkania kod

telefony kontaktowe: adres e-mail

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w obozie oraz na ewentualną interwencję i pomoc medyczną - obowiązkowe!!!

Data/Miejscowość podpisy obojga rodziców (prawnych opiekunów)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA – obowiązkowe!!!

1. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka*: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bezsenność, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenia nocne, urazy kończyn, inne:
2. Przebyte choroby (rok): błonica, żółtaczka zakaźna, dur (tyfus) brzuszny, inne
3. Dziecko jest uczulone na
4. Przyjmuje stale leki w dawce
5. Jak znosi jazdę autokarem? 6. Czy nosi?: aparat ortodontyczny, okulary
7. Inne

W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

*Jeżeli istnieją dolegliwości lub objawy odpowiednie zakreślić.

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU , KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE .

.....
data

.....
podpis rodziców - opiekunów

IV. OPINIA LEKARZA O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ DO UCZESTNICTWA W WYPOCZYNKU – obowiązkowe!!!

.....
.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

V. INFORMACJA PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

(możliwość dołączenia ksero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Szczepienia ochronne (podać rok) : tężec, błonica, dur

inne

.....
data

.....
podpis lekarza/pielęgniarki/rodzica

VI. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(W przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy, rubrykę wypełnia rodzic lub prawny opiekun)

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

.....
data

.....
podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE (wypełnia organizator po zakończeniu wypoczynku)

.....

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach , urazach , leczeniu) – wypełniane po obozie

.....
.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji

.....
(miejsowość ,data)

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV, V karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
data

.....
podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna

* niepotrzebne skreślić