



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU REKREACYJNEGO

### I. INFORMACJA (wypełnia rodzic lub opiekun)

1. Rodzaj obozu : rekreacyjny

2. Termin \*:

A . 11.07 - 20.07.2023r.

B. 20.07 - 29.07.2023r.

\* **właściwe podkreślić**

3. Miejsce : Wałdowo

### II. DANE UCZESTNIKA OBOZU

1. Imię i nazwisko .....

2. Data urodzenia .....

3. Adres zamieszkania .....

..... nr tel. ....

4. Nr PESEL .....

5. Nazwa i adres szkoły .....

.....

6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na obozie

.....

.....

7. Rodzice (opiekunowie):

Imię i nazwisko ojca.....

Nazwa i adres zakładu pracy.....

.....

.....

Numer telefonu.....

Imię i nazwisko matki.....

Nazwa i adres zakładu pracy.....

.....

.....

Numer telefonu.....

### III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA

1. Przebyte choroby (proszę podać, w którym roku życia): odra ....., ospa .....,  
różyczka....., świnka....., szkarlatyna....., żółtaczkazakaźna.....,

choroby reumatyczne....., choroby nerek ....., astma.....,

padaczka.....,

inne.....

2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku (omdlenia, bóle głowy, brzucha, niedosłuch, duszności, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, katar, anginy i inne) .....

3. Na co dziecko jest uczulone (proszę podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu) .....

4. Jak znosi jazdę samochodem\*? .....  
(\*Jeśli źle, to prosimy o zaopatrzenie uczestnika np. w aviomarin lub inny lek uzgodniony z lekarzem.)

5. Czy przyjmuje stale leki, w jakich dawkach\*? .....  
(\*Jeśli przyjmuje leki, to prosimy o zaopatrzenie uczestnika w ten lek, a sposób dawkowania prosimy wpisać na końcu karty w punkcie VII)

6. Czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary .....

7. Czy dziecko stosuje specjalistyczną dietę (diety specjalistyczne będą realizowane tylko i wyłącznie po dostarczeniu zaświadczenia lekarskiego).....

8. Inne informacje o zdrowiu uczestnika: .....

POTWIERDZAM, ŻE PODAŁEM (-AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI NA OBOZIE. W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I OPERACJE.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na potrzeby Szkołki Nauki Pływania "DELFIN" zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97r o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U.2002 nr 101 poz. 926 z późniejszymi zmianami.).

.....  
(data podpis rodziców lub prawnych opiekunów)

#### IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

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

.....  
(data podpis pielęgniarki lub rodzica / opiekuna)

V. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE (wypełnia pielęgniarka)

(dane o zachorowaniach, ewentualnych urazach, leczeniu

itp. ) .....

.....

.....

.....

(data podpis pielęgniarki / lekarza obozu)

VI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O UCZESTNIKU PODCZAS POBYTU NA OBOZIE:

.....

.....

.....

.....

VII. DAWKOWANIE LEKÓW:

.....

.....

.....

.....