



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU REKREACYJNEGO

I. INFORMACJA (wypełnia rodzic lub opiekun)

1. Rodzaj obozu: rekreacyjny

2. Termin *:

A . 22.06. - 01.07.2024 r.

B. 01.07. - 10.07.2024 r.

* **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 (wpełnia 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:

.....

.....

.....

.....