

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA **WYPOCZYNKU LETNIEGO**

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU LETNIEGO

1. Organizator: Klub Karate 44 Łódź ul. Kusocińskiego 100
2. Forma: wypoczynek letni
3. Miejsce: CENTRUM WYPOCZYNKOWO – REHABILITACYJNE „ACTIV”
ul. Mickiewicza 1 C, 64-915 Sypniewo k/Jastrowia

.....
miejscowość, data

.....
podpis organizatora

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzenia 3. PESEL dziecka
4. Adres zamieszkania.....
5. Nazwa i adres szkoły.....
6. Klasa, którą dziecko ukończyło..... 7. Stopień w karate.....
8. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na obozie
.....
.....
- tel. tel. komórkowy.....

III. 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 itp.)

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

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM (AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU,
KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA
NA OBOZIE SPORTOWYM.**

.....
miejsce i data

.....
podpis matki, ojca lub opiekuna

IV. INFORMACJE PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

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

.....
data

.....
podpis pielęgniarki

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy – wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
data

.....
podpis wychowawcy lub rodzica

VI. ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

.....
pieczęć przychodni

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
data urodzenia

może uczestniczyć w wypoczynku letnim

.....
miejscowość, data

.....
podpis lekarza lub pielęgniarki

VII. ZGODA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW NA UDZIELENIE POMOCY MEDYCZNEJ

Wyrażam zgodę na udzielenie mojemu(jej) synowi (córcie)
pomocy medycznej oraz na interwencji w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia.

.....
miejsce i data

.....
podpis rodzica lub opiekuna

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

.....
miejscowość, data

.....
podpis lekarza lub pielęgniarki