

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA
„OBÓZ TANECZNO-AKROBATYCZNY” PORONIN

od 25 czerwca 2022 do 02 lipca 2022

I. WNIOSEK RODZICÓW / OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA „OBÓZ TANECZNO-AKROBATYCZNY”

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....

2. DATA I MIEJSCE URODZENIA.....

3. NR PESEL

4. ADRES ZAMIESZKANIA:

5. IMIĘ I NAZWISKO MATKI

TELEFON kom.

6. IMIĘ I NAZWISKO OJCA / OPIEKUNA

TELEFON kom.

7. ADRES RODZICÓW / OPIEKUNÓW w czasie pobytu dziecka na obozie

.....

8. Wyrażam zgodę na wyjazd mojego syna/ córki na wyżej wymienioną imprezę i jego udział we wszystkich zajęciach rekreacji ruchowej.

9. Stwierdzam, że podałem/em w niniejszej karcie kwalifikacyjnej wszystkie znane mi informacje o dziecku które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki.

10. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że:

- w przypadku drastycznego naruszenia regulaminu może zostać podjęta decyzja o usunięciu dziecka z obozu i odwiezienia do domu na koszt rodziców/opiekunów,
- rodzice/opiekunowie są odpowiedzialni materialnie za szkody wyrządzone przez dziecko.

11. Informuję, że zapoznałam/em się i w pełni akceptuję regulamin

12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz wykorzystanie wizerunku dziecka

.....
Miejscowość

.....
data

.....
podpis rodziców/opiekunów

II. INFORMACJA RODZICÓW O DZIECKU I JEGO ZDROWIU:

Choroby przewlekłe lub inne: astma, padaczka, choroby reumatyczne, choroby nerek,

inne.....

Dolegliwości lub objawy które występują ostatnio 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,

inne.....

Dziecko jest uczulone lub nie może stosować leków (podać nazwy leku, pokarmu, itp.)

.....

Dziecko przyjmuje stale leki (podać lek dawkę)

.....

Czy dziecko nosi: okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, podwyższony obcas buta, inne.....

Inne ważne informacje o zdrowiu

dziecka:.....

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku, a w razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje i podawanie leków

.....

Miejscowość

data

podpis rodziców/opiekunów

III. INFORMACJE O SZCZEPIENIACH I PRZEBYTYCH CHOROBYCH (Wypełnia pielęgniarka lub rodzice

na podstawie aktualnej książeczki zdrowia) Przebyte choroby zakaźne (podać rok) : odra

ospa różyczka świnka inne

Szczepienia ochronne: Tęzec..... błonnica durInne uwagi

.....

podpis rodzica/opiekuna

IV. INFORMACJA O ZDROWIU DZIECKA

Potwierdzam, że dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do czynnego uprawiania sportu i wyrażam zgodę na jego udział w obozie taneczno - akrobatyczny

Uwagi:.....

podpis rodzica/opiekuna