

CZĘŚĆ B

I. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU.

1. Imię i nazwisko uczestnika:
2. Przebyte choroby (proszę o podanie, w którym roku życia):
Odra....., ospa wietrzna....., różyczka.....,
świnka....., szkarlatyna....., żółtaczkazakaźna.....,
choroby nerek (jakie).....
.....
choroba reumatyczna....., inne choroby.....
.....
.....
3. Czy u dziecka występowały w ostatnim roku (lub występują obecnie)*:
drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle
głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie nocne, częste bóle
brzucha, wymioty, krwawienie z nosa, przewlekający się kaszel i/lub katar,
anginy, duszności, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jękanie,
inne
4. Dziecko jest*: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów,
nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka
5. Dziecko jest uczulone*: Tak / Nie (jeśli tak proszę podać na co)
.....
.....
6. Dziecko nosi*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne
.....

7. Dziecko zażywa regularnie leki:
8. Jazdę samochodem, pociągiem, autokarem znosi: dobrze / źle *
9. Inne uwagi o zdrowiu dziecka.

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie sportowym.

.....
data czytelny podpis matki, ojca lub opiekunów prawnych

WYRAŻENIE ZGODY

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

.....
data czytelny podpis matki, ojca lub opiekunów prawnych

* *właściwie podkreślić*

CZĘŚĆ C

I. INFORMACJA O SZKOLE, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO.

.....jest uczniem szkoły
imię i nazwisko dziecka

.....
adres i nr szkoły

II. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Szczepienia zgodne z kalendarzem szczepień *

Brak szczepień (wymienić jakich) *

* *właściwe podkreślić*

.....
Czytelny podpis matki, ojca lub opiekunów prawnych

III. ORZECZENIE LEKARSKIE (wypełnić tylko jeśli dziecko jest pod stałą opieką lekarza i/lub zawodnik nie posiada aktualnych badań)

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam rozpoznanie:.....

2. Dziecko może być uczestnikiem obozu

3. Zalecenia dla:

a) wychowawcy

b) służby zdrowia

.....
data podpis i pieczęć lekarza

.....
PESEL dziecka

.....
Seria i nr rodzinnej legitymacji
ubezpieczeniowej



Klub Sportowy L.A.S.

Karta kwalifikacyjna na wypoczynek dzieci i młodzieży

CZĘŚĆ A

I. INFORMACJA O MIEJSCU I TERMINIE WYPOCZYNKU

Ośrodek Sportu i Rekreacji „Dworek Gozdawa”
Gozdawa 9, 88-300 Mogilno
tel. (52) 315-59-91, kom. 608-733-872
www.gozdawa.pl

Czas trwania obozu: od 9 do 18 sierpnia 2015r.

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

1. Imię i nazwisko dziecka:

2. Data urodzenia:

3. Imię i nazwisko ojca:

4. Imię i nazwisko matki:

5. Adres zamieszkania rodziców / opiekunów prawnych:

6. Telefon domowy:

7. Telefon w miejscu pracy matki: ojca:

8. Telefon komórkowy matki: ojca:

9. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie: