

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU  
SPORTOWEGO ZIMA Z ZAPASAMI  
MIELNO 19-28.01.2015 r.**

**L ORGANIZATOR : UKS Talent Białoleka. 03 -138 Warszawa, ul. Strumykowa 21A  
LINRORMACJA ORGANIZATORA OBOZU SPORTOWEGO**

Adres placówki: Ośrodek Rehabilitacyjno – Wypoczynkowy „Syrena” 76-032 Mielno	Termin: 19-28.01.2015 r.
---	--------------------------

**II. DANE UCZESTNIKA OBOZU**

Nazwisko i imię :	
Data i miejsce urodzenia:	Numer PESEL
Adres zamieszkania:	Numer telefonu do rodziców:

**III. INFORMACJA RODZICÓW, OPIEKUNÓW O DZIECKU**

1. przebyte choroby (proszę podać, w którym roku) : odra..... , ospa ..... , różyczka.....  
świnka ....., szkarlatyna..... , żółtaczka zakaźna....., inne .....

2. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka :

<input type="checkbox"/>	częste bóle	<input type="checkbox"/>	Krwotoki z nosa	<input type="checkbox"/>	cukrzyca	<input type="checkbox"/>	utrata przytomności
<input type="checkbox"/>	częste bóle głowy	<input type="checkbox"/>	ataki duszności	<input type="checkbox"/>	padaczka	<input type="checkbox"/>	zaburzenia równowagi
<input type="checkbox"/>	przewlekły kaszel	<input type="checkbox"/>	częste wymioty	<input type="checkbox"/>	łęki nocne	<input type="checkbox"/>	szybkie męczenie się
<input type="checkbox"/>	moczenie nocne	<input type="checkbox"/>	bóle stawów	<input type="checkbox"/>	omdlenia	<input type="checkbox"/>	astma
inne ( wymienić )				uczulenia dziecka :			

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

4. Dziecko jest nieśmiałe / ma trudności w nawiązywaniu kontaktów/ nadpobudliwe/ inne informacje o zachowaniu.....

5. Jazdę samochodem znosi **ŹLE / DOBRZE**

6. Czy dziecko otrzymało surowicę NIE / TAK (*jaką, kiedy*) .....

7. Inne uwagi o zdrowiu dziecka.....

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam / nie wyrażam zgodę na pokrycie ewentualnych szkód materialnych wyrządzonych przez moje dziecko w trakcie trwania obozu sportowego.

Wyrażam / nie wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekunów w czasie trwania obozu sportowego. Jednocześnie nie znam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka w obozie sportowym.

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

Data i podpis rodzica/opiekuna

.....

**IV. INFORMACJA LEKARZA LUB PIELEŃNIARKI SZKOLNEJ**

**Stan włosów :                      Stan skóry:                      Szczepienia:**

Data.....

Podpis i pieczęć lekarza lub pielęgniarki.....

