

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU SPORTOWEGO LATO Z ZAPASAMI

Wydmyny k. Giżycka 28.06 – 08.07.2016 r.

L ORGANIZATOR : UKS Talent Białoleka. 03 -138 Warszawa, ul. Strumykowa 21A

LINRORMACJA ORGANIZATORA OBOZU SPORTOWEGO

Adres placówki: Dom wczasowy Pod Bocianem 11-510 Wydmyny ul. Suwalska 15	Termin: 28.06- 08.07.2016 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 (wymieniść)				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 pielęgniarzki.....