

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU LETNIEGO

Nazwa obozu: BAZAR GO

Adres obozu: OW Kala, ul. Moniuszki 5, 72-346 Pobierowo

Czas trwania: 23.07. – 1.08. 2019



A. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na obóz

1. Imię i nazwisko dziecka
2. PESEL..... 3. Data urodzenia dziecka.....
4. Adres zamieszkania
5. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna.....
6. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku telefon
7. Oświadczenie Rodziców:

Wyrażamy zgodę/nie wyrażam zgody* na gromadzenie i przetwarzanie przez firmę Mówiący Kij z siedzibą w Rzekuniu, ul. Platynowa 17, naszych danych osobowych w celu informowania o aktualnej ofercie Mówiącego Kija. Wyrażamy zgodę/nie wyrażam zgody* na bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z udziałem naszego dziecka zebranych w trakcie pobytu na obozie w celach promocyjnych.

.....
(Data)

.....
(Podpis matki, ojca lub opiekuna)

B. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka i szczepieniach

(prosimy udzielić niezbędnej informacji)

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Przebyte choroby (podać w którym roku życia) odra ospa wietrzna różyczka..... świnka szkarlatyna WZW astma padaczka
alergie
- inne (podać trwające choroby przewlekłe)
3. Dziecko przeszło szczepienia ochronne (podać rok): tężec błonica dur, inne
4. U dziecka występują*: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, angina, duszności bóle stawów, wymioty, problemy z uzębieniem, inne.....
5. Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy
6. Dziecko jest uczulone na
7. Dziecko winno stałe nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne
8. Jazdę samochodem znosi dobrze/źle*
9. Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie)
10. Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących produktów
11. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.
Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.

.....
(Data)

.....
(Podpis matki, ojca lub opiekuna)

* Niepotrzebne skreślić

C. Informacje o dziecku, istotne dla wychowawcy

(np.: nieśmiałość, nadpobudliwość, problemy w nawiązywaniu kontaktów)

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

.....
(Data)

.....
(Podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna)

D. Istotne informacje

Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z

i wobec tego do wiadomości kierownika obozu załączam kopię stosownego orzeczenia*

Inne:

.....
(Data)

.....
(Podpis matki, ojca lub opiekuna)

E. Potwierdzenie pobytu dziecka na wypoczynku

Dziecko przebywało na obozie w od dnia do dnia 20 r.

.....
(Data)

.....
(Podpis kierownika wypoczynku)

F. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy - instruktora o dziecku podczas trwania wypoczynku

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

.....
(Data)

.....
(Podpis wychowawcy-instruktora)

G. Informacje o stanie zdrowia dziecka w czasie trwania wypoczynku

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(Miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)