

FUNDACJA PROSPORT – KARTA KWALIFIKACYJNA OBÓZ LATO 2015

I. INFORMACJA ORGANIZATORA

1. Organizator: Fundacja PROSPORT, 01-355 Warszawa, ul. Konarskiego 4A/027
2. Rodzaj wypoczynku: obóz sportowo-rekreacyjny.
3. Miejsce i czas trwania obozu: Okuninka, 08 - 18.08.2015

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

1. Imię i nazwisko dziecka.....

2. Data i miejsce urodzenia.....

nr PESEL

3. Adres (z kodem) i telefon.....

..... e-mail:

4. Nazwa i adres szkoły, klasa.....

5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów).....

6. Adres rodziców (opiekunów).....

7. Adres, telefon "kontaktowy" w czasie trwania obozu.....

8. Zobowiązuję się do uiszczenia określonej opłaty. Oświadczam, że moje dziecko zostało pouczone o konieczności przestrzegania regulaminu obozowego. Proszę o zakwalifikowanie dziecka na w/w obóz.

9. W przypadku wystąpienia nagłej choroby wymagającej leczenia szpitalnego, zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, będąc pełnoprawnym opiekunem dziecka, wyrażam zgodę na zaproponowane leczenie.

Miejscowość i data..... Czytelny podpis.....

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy występujące u dziecka (np. omdlenia, drgawki, duszności, bóle stawów, wymioty, zawroty głowy, szybkie męczenie się, moczenie nocne, lęki nocne, krwotoki z nosa)

.....
2. Przebyte choroby (w którym roku)

3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu i z jakiego powodu?

.....
4. Na jakie pokarmy i leki jest dziecko uczulone?.....

5. Inne uwagi, życzenia.....

.....
Miejscowość i data..... Czytelny podpis.....

IV. OPINIA LEKARZA

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie).....

.....
2. Dziecko **może** być uczestnikiem obozu sportowo-rekreacyjnego.

3. Szczególne wskazania.....

.....
Miejscowość i data..... Podpis i pieczęć lekarza.....

V. STAN ZDROWIA POCZAS OBOZU

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