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 UCZESTNIKA

1. Imię i nazwisko ..........................................................................................................................................

2. Data i miejsce urodzenia.............................................................................................................................

 nr PESEL ......................................................................

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

 .......................................................................e-mail: .................................................................................

4. Zobowiązuję się do uiszczenia określonej opłaty. Oświadczam, że zostałem/łam pouczony/a
o konieczności przestrzegania regulaminu obozowego (verte). Proszę o zakwalifikowanie mnie na w/w obóz.

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

**III. OPINIA LEKARZA**

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

.......................................................................................................................................................................
2. Pan/Pani **może** być uczestnikiem obozu sportowo-rekreacyjnego.

3. Szczególne wskazania................................................................................................................................

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

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

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

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

**V. STAN ZDROWIA POCZAS OBOZU**

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

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

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

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

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

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

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

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