

## Karta Obozowa

Obóz zimowy w Ochothnicy Górnej

### **I. Informacja organizatora wycieczki**

1. *Organizator:* Akademia Karate Tradycyjnego Niepołomice  
ul. Grunwaldzka 15d

2. *Adres placówki:* Ośrodek Kolonijno-Wczasowo-

*Rehabilitacyjny. "U Gazdy" Ustrzyk 370a, 34-453 Ochothnica*

*Górna tel. 018 262 41 47*

3. *Termin obozu:*.....

Data ..... podpis organizatora .....

### **II. Informacje o dziecku:**

Nazwisko i imię .....

PESEL.....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania: .....

Prawny opiekun [ojciec, matka, ustanowiony]

Nazwisko i imię .....

Telefon .....

Adres w czasie pobytu dziecka na obozie.....

**Przekładając powyższe wyrażam zgodę na udział dziecka w obozie sportowym, akceptuję zasady uczestnictwa, regulamin obozu i zobowiązuję się do uiszczenia kosztów obozu.**

Data ..... podpis rodzica .....

### **III. Informacja o stanie zdrowia dziecka**

Na co dziecko jest uczulone .....

Choroba lokomocyjna .....Czy nosi (podkreśl) *okulary, soczewki, aparat ortodontyczny*, .....

Moczenie nocne (tak), (nie)\*

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM/EM WSZYSTKIE ZNANE MI, WAŻNE INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI NA OBOZIE.

Data ..... podpis rodzica .....

### **IV. Informacja rodzic lub pielęgniarz**

1. Data ostatniego szczepienia przeciw-Tężcowi: Tak\* data.....Nie\*.

2. Stosowane leki i sposób podania

3. Przeciwwskazania .....

**Stwierdzam, że w/w [ nie\* ] może być uczestnikiem obozu**

Data ..... podpis rodzica lub pielęgniarz

### **V. Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu na obozie**

Miejscowość, data ..... Podpis lekarza lub pielęgniarz

### **FORMALNOŚCI PRAWNE**

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

Data ..... Podpis prawnego opiekuna dziecka

\* niepotrzebne skreślić

### **VI. Decyzja o kwalifikacji uczestnika**

-  
Postanawia się:  
Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wycieczki za odpłatnością w wysokości ..... zł słownie .....

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wycieczki ze względu: .....

(data) (podpis)

### **VII. Potwierdzenie pobytu dziecka w placówce wycieczki**

Dziecko przebywało na .....  
..  
(forma i adres placówki wycieczki)

od dnia .....  
do dnia ..... 20.....r.

(data) (czytelny podpis kierownika placówki wycieczki)

### **VIII. Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu w placówce wycieczki (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)**

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarz placówki wycieczki)