

Karta Obozowa

Nazwa obozu:.....

I. Informacja organizatora wypoczynku

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

2. Miejsce obozu (adres placówki):.....

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 lokomocyjnaCzy 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 pielęgniarka

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 pielęgniarce

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

Miejscowość, data Podpis lekarza lub pielęgniarce

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 wypoczynku za odpłatnością w wysokości zł
słownie

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

(data) (podpis)

VII. Potwierdzenie pobytu dziecka w placówce wypoczynku

_Dziecko przebywało

na

..

(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia

do dnia 20.....r.

(data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarce placówki wypoczynku)