

# Karta Kwalifikacyjna uczestnika wycieczki

## **I. Informacja organizatora wycieczki**

1. Organizator: Akademia Karate Tradycyjnego Niepołomice  
ul. Grunwaldzka 15 d
2. Adres placówki: Szkoła Podstawowa im. Stanisława  
Lubomirskiego w Nowym Wiśniczu
3. Termin: 20.01.2025 – 24.01.2025

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 zobowiązuje się do uiszczenia kosztów obozu.

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

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

1. Uczulenia .....

2. Choroba lokomocyjna (tak), (nie)\*

3. Czy nosi (\*podkreśl) okulary, soczewki, aparat ortodontyczny,

4. Moczenie nocne (tak), (nie)\*

5. Specjalna dieta (tak), (nie)\*

6. Rodzaj diety .....

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 pielęgniarza**

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

2. Stosowane leki, sposób podania leków, zgoda na podanie leków w trakcie pobytu uczestnika na obozie

leki: .....

3. Przeciwwskazania .....

4. **Wyrażam zgodę na podanie wymienionych leków w trakcie pobytu dziecka na obozie**

.....  
Data ..... podpis rodzica (opiekuna prawnego)

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis lekarza lub pielęgniarza

\* właściwe podkreślić

## **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

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

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę za odpłatnością w wysokości ..... zł  
..... słownie

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wycieczki ze względu:

.....  
Data ..... Podpis organizatora

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

Dziecko przebywało w placówce:

Szkoła Podstawowa im. Stanisława Lubomirskiego w Nowym Wiśniczu

od dnia .....

do dnia ..... 2025 r.

.....  
(data) (czytelny podpis kierownika placówki wycieczki)