



AQUAFUN GRUDZIĄDZ
Adam Kopczyński
ul. Tulipanowa 4 , 86-302 Mały Rudnik
tel. 798 – 829 – 346

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

I. INFORMACJA O RODZAJU WYPOCZYNKU

FORMA WYPOCZYNKU: OBÓZ SPORTOWO – REKREACYJNY

ADRES PLACÓWKI:

CZAS TRWANIA:

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....

2. DATA URODZENIA.....

3. ADRES ZAMIESZKANIA.....

4. PESEL.....

5. NAZWA I ADRES SZKOŁY:.....

6. ADRES RODZICÓW W CZASIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE SPORTOWYM

.....TELEFON.....

7. E-mail.....

(miejscowość, data)

(podpis rodzica lub opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU (niepotrzebne skreślić)

1. PRZEBYTE CHOROBY (podać w którym roku):

ODRA.....,OSPA.....,RÓŻYCZKA.....,ŚWINKA.....,ŻÓŁTACZKA ZAKAŻNA.....,CHOROBY NEREK (jakie).....,CHOROBY REUMATYCZNE.....,ASTMA.....,PADACZKA.....,INNE.....

2. DOLEGLIWOŚCI WYSTĘPUJĄCE U DZIECKA W OSTATNIM ROKU LUB WYSTĘPUJĄCE OBECNIE

.....

3. DZIECKO JEST UCZULONE (podać na co).....

4. DZIECKO NOSI OKULARY.....APARAT ORTODONTYCZNY.....WKŁADKI ORTOPEDYCZNE.....

5. DZIECKO ZAŻYWA STAŁE LEKI (podać jakie).....

6. INNE UWAGI O ZDROWIU DZIECKA

.....

7. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie: drgawki, omdlenia, utraty, przytomności, zaburzenia równowagi, częste bóle głowy, bóle brzucha , trudności w zasypianiu tiki, moczenia nocne, lęki nocne, wymioty, krwawienia z nosa, przewlekły kaszel, anginy, bóle stawów, duszności, szybkie męczenie się, niedosłuch, jękanie, inne

.....

8. Jazdę samochodem dziecko znosi dobrze/źle

9. Dziecko nie ma przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach sportowych(jeżeli są, to

jakie).....

☐ Oświadczam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie.

☐ W razie potrzeby zgadzam się na przewóz dziecka prywatnym samochodem.

☐ W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje.

(podpis rodzica lub opiekuna)

IV. INFORMACJA LEKARZA/ PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

SZCZEPIENIA OCHRONNE (podać, w którym roku): TĘŻEC....., BŁONICA....., DUR....., INNE.....

(miejscowość, data)

(podpis lekarz, pielęgniarki, rodzica lub opiekuna)

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy, rodzica lub opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek.
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

.....

(miejscowość, data)

(podpis kierownika obozu)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na obozie sportowo - rekreacyjnym w....., od dnia
do r.

(miejscowość, data)

(podpis kierownika obozu)

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o chorobach, urazach, leczeniu itp.)

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

(miejscowość, data)

(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy)