

KARTA UCZESTNIKA OBOZU REKREACYJNO-SPORTOWEGO

Nr
----	-------

1. Rodzaj placówki wypoczynku: Obóz rekreacyjno-sportowy

2. Adres placówki: Ośrodek Wypoczynkowy „Bajka”
Ul. Wałdowo 48 14 – 100 Ostróda

3. Czas trwania:

Warszawa, dn.
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora placówki)

1. Imię i nazwisko dziecka:

PESEL DZIECKA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Data urodzenia: 3. Adres zamieszkania:.....

4. Adres i telefon kontaktowy rodziców / opiekunów w czasie pobytu dziecka w placówce

..... tel.

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYJAZD DZIECKA na w / wym. obóz
(miejsowość, data) (podpis rodziców / opiekunów)

1. Nazwa i adres szkoły:

..... (pieczęć szkoły)

INFORMACJA RODZICÓW / OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA 1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka*) omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, inne.....

2. Przebyte choroby (podać w którym roku) : żółtaczk....., dur(tyfus)brzuszny....., błonica....., inne choroby zakaźne.....
zapalenie nerek....., zapalenie wyrostka robaczkowego....., zapalenie ucha....., częste anginy....., cukrzyca....., padaczka.....
inne.....

3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: tak, nie *) podać powód.....

4. Na jakie pokarmy dziecko jest uczulone.....

5. Czy dziecko otrzymało surowicę (jaką, kiedy) 6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem: dobrze, źle *).....

7. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodziców / opiekunów)

INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ

Wzrost....., waga....., grupa dyspanseryjna....., szczepienia

ochronne (podać rok): odra....., BCG....., błonica....., dur.....,

tężec....., polio (typ), stan czystości skóry....., włosów.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis pielęgniarki szkolnej)

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA w czasie pobytu na obozie

Dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.....

.....

.....

Wpisy różne organizatora wypoczynku:

.....

.....

UWAGI O DZIECKU:

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

.....
data / podpis rodzica

W przypadku wystąpienia stanu klinicznego dziecka, wymagającego bezzwłocznej pomocy lekarskiej lub dentystrycznej, wyrażam zgodę na wykonanie niezbędnych czynności leczniczych u mojego dziecka, z zastrzeżeniem natychmiastowego poinformowania mnie o zaistniałym wydarzeniu.
Jednocześnie oświadczam, że podałam/em informację w karcie o chorobach dziecka oraz o lekach, na które moje dziecko jest uczulone.
Jednocześnie wyrażam zgodę na podawanie przez wychowawcę stałych leków przyjmowanych przez moje dziecko:

Nazwa leku	Dawkowanie

.....
data/podpis rodzica

WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM ZGODY* na pomoc mojemu dziecku w czynnościach higienicznych,

- pomocy przy kąpieli, jeśli dziecko będzie zaniedbywało codzienną toaletę

.....
data/podpis rodzica

Ja niżej podpisana/ny zgadzam się z decyzją kadry klubu UNICUS i oświadczam, że moje dziecko nie zabierze telefonu komórkowego oraz gier GAME BOY, PLAYSTATION itp. na w/w placówkę wypoczynku.

W przypadku zabrania przez uczestnika obozu telefonu lub gry elektronicznej zezwalam na zatrzymanie Przez wychowawcę do czasu zakończenia obozu.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam poinformowany/na, że **KIEROWNIK WYPOCZYNKU ORAZ WYCHOWAWCY NIE PONOSZĄ ODPOWIEDZIALNOŚCI** za żadne wartościowe przedmioty zabrane przez dziecko.

.....
data/podpis rodzica

* - niepotrzebne skreślić