

# Klub Sportowy DELFIN Gdynia

81-575 Gdynia, ul. Wschodnia 1b/15a tel./fax 629-17-71

www.delfin.gdynia.pl tel. kom. 0502-083-311

Nordea Bank Polska S.A. nr konta 1814401026000000006551467



## Karta Kwalifikacyjna Uczestnika Obozu

Nazwa obozu : **PLYWANIE & ANGIELSKI** Termin **07.08–21. 08. 2011**

Miejsce: OSW OHP 77-300 Człuchów , ul. Kusocińskiego 4

### I. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka .....

2. Data urodzenia ..... PESEL .....

3. Adres zamieszkania .....

adres e-mail .....

4. Nr szkoły ..... klasa .....

5. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku :

tel. kontaktowy.....

OŚWIADCZAM, iż wysyłając na obóz swoje dziecko w pełni ufam kwalifikacjom i doświadczeniu kadry Klubu Sportowego Delfin Gdynia oraz zobowiązuję się nie odwiedzać dziecka w trakcie trwania obozu w inne dni niż wyznaczone. Złamanie tej zasady będzie równoznaczne z rezygnacją kontynuowania uczestnictwa w obozie bez zwrotu pieniędzy za niewykorzystane dni.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

### II. DODATKOWE INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

( np. czy dziecko ma jakieś specjalne upodobania, zainteresowania ale też fobie lub lęki)

### III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

( np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary, czy w ostatnim czasie przechodziło jakąś chorobę, było szczepione na tężec itp.)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....  
(data)

.....  
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

### IV. OPINIA LEKARZA

**Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie):**

Dziecko może być uczestnikiem obozu.....

Wskazania i przeciwwskazania:

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

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

### V. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)