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 konta18144010260000000006551467

Karta Kwalifikacyjna Uczestnika Obozu

Nazwa obozu : **„Obóz Sportów Wodnych”**

Termin: **17.07 – 29.07.2011 r.**
Forma wypoczynku: Obóz rekreacyjny na bazie sportów wodnych
Miejsce: OSW PERKOZ w Olsztynku k. Olsztyna (www.perkoz.zhp.pl)

I. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ (WYPOCZYNEK)

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 na obozie :
   .....

tel. kontaktowy.....

....
(miejscowość, 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 stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary, czy w ostatnim czasie przechodziło jakąś chorobę, było szczepione na tężec itp.)

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

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ....., błonica ……..., dur ....., inne .....

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

....
(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 pieczątka lekarza)

V. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

....
(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)