

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 181440102600000000651467



Karta Kwalifikacyjna Uczestnika Obozu

Nazwa obozu : **„Mały Żeglarz”**

Termin: **I turnus 17 – 23.07.2011r.** / **II turnus 23 - 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 stałe 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 pieczęć 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)