Klub Sportowy DELFIN Gdynia

81-575 Gdynia, ul. Wschodnia 1b/15a
www.delfin.gdynia.pl tel. kom. 502-083-311
Bank PKO B.P. nr konta18144010260000000006551467

Karta Kwalifikacyjna Uczestnika Obozu

Nazwa obozu : **„Młody Żeglarz”**
Termin: **22.06- 29.06.2024 r.**
Forma wypoczynku: Wędrowny Obóz Żeglarski
Miejsce: Wielkie Jeziora Mazurskie na trasie Ryn - Ryn

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. OŚWIADCZENIE RODZICÓW(OPIEKUNÓW) W ZAKRESIE RODO

Wyrażam zgodę na niezbędne do realizacji programu obozu przetwarzane danych oraz wykorzystanie zdjęć robionych w czasie obozu w celach promocyjnych Klubu.

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

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.)

.....
.....
.....
.....
.....
....
……

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)

III. OŚWIADCZENIE O ZAKRESIE OPIEKI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że w razie zagrożenia życia mojego dziecka podczas pobytu na obozie (wypoczynku) zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

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

IV. DODATKOWE INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

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

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