KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

Obóz młodzieżowy w dniach: 13.07-26.07 2025. Adres placówki wypoczynku : Dom Sportowca, ul. Szkolna 1, 77-300 Człuchów. Organizator wypoczynku: Szkoła Języka Angielskiego **Golden Gate**, ul. Piastowska 8, 42-600 Tarnowskie Góry.

....
data podpis organizatora

DANE UCZESTNIKA OBOZU

Imię i nazwisko uczestnika .....

Data urodzenia i PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Nazwa i adres szkoły .....

Adres rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie .....

Numery telefonów Uczestnik: ..... Opiekun: .....

....
miejscowość, data podpis rodzica/opiekuna

INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA (np.: na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....

.....

.....

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

....
miejscowość, data podpis rodzica/opiekuna

INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

....
miejscowość, data podpis pielęgniarki/lekarza/opiekuna

POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA PLACÓWKI WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA NA OBOZIE

Uczestnik przebywał na młodzieżowym obozie w Człuchowie w dniach 13.07-26.07 2024.

....
data podpis kierownika

INFOMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE

.....

.....

ORGANIZATOR KAŻDORAZOWO INFORMUJE RODZICÓW/OPIEKUNÓW O LECZENIU AMBULATORYJNYM LUB HOSPITALIZACJI UCZESTNIKA.

....
data podpis pielęgniarki/lekarza

UWAGI WYCHOWAWCY/KIEROWNIKA OBOZU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA

.....

.....

....
data podpis wychowawcy

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW NA OBOZIE

Podczas pobytu mojego dziecka na obozie, wyrażam zgodę na: (1) podejmowanie przez wychowawcę lub kierownika obozu decyzji w sprawie podjęcia leczenia szpitalnego, zabiegów diagnostycznych i operacji w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka w przypadku braku możliwości skontaktowania się ze mną; (2) podawanie przez wychowawcę lub kierownika obozu dziecku leków objawowych (OTC – bez recepty) lub leków przepisanych przez lekarza, oraz (3) transport dziecka prywatnym lub służbowym pojazdem zapewnionym przez organizatora w przypadku konieczności dojazdu do ośrodka, lekarza lub szpitala.

....
data Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego