



**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA  
KOLONII/OBOZU REKREACYJNEGO**

Rodzaj wypoczynku: .....

Termin obozu :.....

Adres placówki: .....

**POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA**

1. Nazwisko i imię .....
2. Data urodzenia .....
3. Imiona rodziców .....
4. Adres zameldowania: ..... telefon.....
5. Telefon kontaktowy w czasie trwania obozu .....
6. PESEL .....

Zgadzam się na umieszczenie danych osobowych mojego dziecka w bazie danych B.P. „AVITUR” oraz na wykorzystanie i przetwarzanie ich w celach marketingowych, a także na przesyłanie mi dodatkowych informacji o usługach firmy

.....  
data podpis

**INFORMACJE RODZICÓW NA TEMAT ZDROWIA DZIECKA**

1. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka\* ( omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bezsenność, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, urazy kończyn,) inne\*\*:.....
2. Przebyte choroby:.....
3. Uczulenia:.....
4. Przyjmuje stale leki ,dawkowanie:.....
5. Choroba lokomocyjna: tak/nie, aparat ortodontyczny: tak/nie, okulary: tak/nie, inne:.....
6. W ostatnim roku dziecko przebywało w szpitalu (jeżeli tak-proszę podać powód):.....
7. W przypadku zagrożenia zdrowia lub życia dziecka wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody \* na leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.
8. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki wszystkich znanych mi, a nie ujawnionych chorób i urazów dziecka.

\* odpowiednie zakreślić

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis

**INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY\* (to nie jest obowiązkowe!!!)**

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis

## INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Wzrost ..... waga ..... szczepienia ochronne (rok): ospa ....., BCG .....,  
błonica ....., dur ....., tężec ..... polio (typ) .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Po zbadaniu dziecka i zapoznaniu się z informacjami rodziców (prawnych opiekunów) o jego stanie zdrowia, stwierdzam **brak przeciwwskazań** do uprawiania zajęć rekreacji ruchowej takich jak: jazda na nartach/ sankach/ snowboard'zie, pływanie, biegi na orientację, rajdy piesze, zespołowych gier sportowych.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis

## WARUNKI UCZESTNICTWA

1. Uczestnik obozu zobowiązany jest stosować się do wszystkich regulaminów obowiązujących na obozie oraz poleceń kadry (kierownika, wychowawcy, instruktorów),
2. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze, przedmioty wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez Uczestników podczas pobytu na obozie i w środkach transportu,
3. Uczestników obowiązuje bezwzględny zakaz posiadania, spożywania i używania tytoniu, alkoholu, narkotyków i środków odurzających, .
4. W przypadku złamania obowiązującego na obozie zakazu, zobowiązuję się do odebrania dziecka z placówki wypoczynku na koszt własny. Z tego tytułu Organizator nie zwraca pieniędzy za niewykorzystane dni obozu.
5. Rodzice (opiekunowie) są odpowiedzialni materialnie za szkody wyrządzone przez dziecko i z tego tytułu przyjmują na siebie pełną odpowiedzialność cywilno-prawną,
6. Wyrażam zgodę na udział dziecka w obozie oraz na branie czynnego udziału w zajęciach ujętych w programie imprezy.
7. Warunki uczestnictwa przyjmuję do wiadomości i akceptuję.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W TRAKCIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis