FUNDACJA PROSPORT – KARTA KWALIFIKACYJNA

OBÓZ LATO 2015

I. INFORMACJA ORGANIZATORA

1. Organizator: Fundacja PROSPORT, 01-355 Warszawa, ul. Konarskiego 4A/027

2. Rodzaj wypoczynku: obóz sportowo-rekreacyjny.

3. Miejsce i czas trwania obozu: Okuninka, 08 - 18.08.2015

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW)**

1. Imię i nazwisko dziecka..............................................................................................................................

2. Data i miejsce urodzenia.............................................................................................................................

nr PESEL ......................................................................

3. Adres (z kodem) i telefon............................................................................................................................

.................................................................................. e-mail: ..............................................................

4. Nazwa i adres szkoły, klasa........................................................................................................................

5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów).....................................................................................................

6. Adres rodziców (opiekunów).......................................................................................................................

7. Adres, telefon "kontaktowy" w czasie trwania obozu....................................................................................

8. Zobowiązuję się do uiszczenia określonej opłaty. Oświadczam, że moje dziecko zostało pouczone   
o konieczności przestrzegania regulaminu obozowego. Proszę o zakwalifikowanie dziecka na w/w obóz.

9. W przypadku wystąpienia nagłej choroby wymagającej leczenia szpitalnego, zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, będąc pełnoprawnym opiekunem dziecka, wyrażam zgodę na zaproponowane leczenie.

Miejscowość i data.................................................... Czytelny podpis.....................................................

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

1. Dolegliwości i objawy występujące u dziecka (np. omdlenia, drgawki, duszności, bóle stawów, wymioty, zawroty głowy, szybkie męczenie się, moczenie nocne, lęki nocne, krwotoki z nosa) ..............................................................................................................................................................

2. Przebyte choroby (w którym roku) .............................................................................................................

3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu i z jakiego powodu? ..............................................................................................................................................................................

4. Na jakie pokarmy i leki jest dziecko uczulone?............................................................................................

5. Inne uwagi, życzenia..................................................................................................................................

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

Miejscowość i data................................................ Czytelny podpis........................................................

**IV. OPINIA LEKARZA**

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie)........................................................................................

.......................................................................................................................................................................  
2. Dziecko **może** być uczestnikiem obozu sportowo-rekreacyjnego.

3. Szczególne wskazania................................................................................................................................

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

Miejscowość i data....................................... Podpis i pieczęć lekarza.........................

**V. STAN ZDROWIA POCZAS OBOZU**

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

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