**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU**

**INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:**

**1.Miejsce placówki wypoczynku:**

**CENTRALNY OŚRODEK SPORTU AKADEMICKIEGO OŚRODEK W WILKASACH**, ul. Niegocińska 5, Wilkasy
11-500 Giżycko

**2.Termin: 9-17 lipca 2016 roku.**

**WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU**

1. PESEL dziecka.............................................................................................................

2. Imię i Nazwisko dziecka: ...............................................................................................

3. Data i miejsce urodzenia: ..............................................................................................

4. Adres zamieszkania (ulica, kod, miejscowość, telefon)................................................. ............................................................................................................................................

5. Nr paszportu lub leg. szkolnej .....................................................................................

6. Nazwa i adres szkoły:.....................................................................................................

7. Adres, e-mail, telefon rodziców w czasie pobytu dziecka na kolonii............................................

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Data podpis rodziców (opiekunów)*

**INFORMACJA RODZICÓW ( OPIEKUNÓW ) O DZIECKU**

1. Przebyte choroby ( podać, w którym roku życia ) odra....................................................., ospa............................ różyczka.............., świnka..................., szkarlatyna........................., żółtaczka zakaźna......................choroby reumatyczne................., choroby nerek................., astma .............., padaczka ..................i inne ........................................................................

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

2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku ( omdlenia, bóle głowy, brzucha, niedosłuch, jąkanie, inne..............................................................................................................................................................................

3. Dziecko jest: nieśmiałe, nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka.........................................................................................................................................................................

4. Dziecko jest uczulone: nie, tak ( podać na co ):...................................................................................................... .....................................................................................................................................................................................

5. Dziecko nosi: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne aparaty: .....................................................................................................................................................................................

6. Dziecko znosi jazdę środkami lokomocji; dobrze, źle. ( podkreślić )

7. Inne uwagi o zdrowiu dziecka................................................................................................................................. .....................................................................................................................................................................................

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

*W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje oraz na przewiezienie samochodem prywatnym.*

*Przyjmuję do wiadomości, że wszystkie Towarzystwa Ubezpieczeniowe refundują KL i NNW tylko wówczas gdy ubezpieczony nie jest pod wpływem alkoholu. W przeciwnym wypadku zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów wynikających z leczenia dziecka.*

*Stwierdzam, że podałam (em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *data podpis organizatora data podpis rodziców (opiekunów)*