



Kartę kwalifikacyjną należy obowiązkowo wysłać na adres organizatora: aktywnagminakolbudy@gmail.com po otrzymaniu informacji o wstępnej rezerwacji dziecka. Uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie karty kwalifikacyjnej, ponieważ informacje w niej zawarte mogą mieć wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo uczestnika w trakcie trwania imprezy.

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA „Półkolonie Żeglarskie Kolbudy 2020”

I. INFORMACJA ORGANIZATORA

Termin obozu (proszę zaznaczyć wybrany termin):

I Turnus	06.07-10.07.2020	9:00-16:00
II Turnus	13.07-17.07.2020	9:00-16:00
III Turnus	20.07-24.07.2020	9:00-16:00
IV Turnus	27.07-31.07.2020	9:00-16:00
V Turnus	03.08-07.08.2020	9:00-16:00

Zobowiązuję się do zapłaty pełnej kwoty tj.:

- 250PLN (dwieście pięćdziesiąt złotych 00/100) w przypadku nieposiadania Kolbudzkiej Karty Dużej Rodziny
- 200PLN (dwieście złotych 00/100) w przypadku posiadania Kolbudzkiej Karty Dużej Rodziny

na konto Biura Podróży Sharks Travel: 69 1140 2017 0000 4202 1237 5541

II. DANE UCZESTNIKA OBOZU (wypełniają rodzice)

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia.....
3. Adres zamieszkania.....
4. Pesel dziecka.....
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na obozie/kolonii.....

6. Rodzice (opiekunowie)

	Imię i nazwisko:	Telefon komórkowy:	Adres email:
Ojciec			
Matka			

III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Przebyte choroby (proszę podać, w którym roku życia): odra....., ospa....., różyczka....., świnka....., szkarlatyna....., żółtaczkę zakaźną....., choroby reumatyczne....., padaczka....., astma....., choroby nerek....., inne.....
2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku (omdlenia, bóle głowy, brzucha, niedostuch, krwawienie z nosa, duszności, przewlekły kaszel, katar, anginy i inne).....

3. Na co dziecko jest uczulone (proszę podać, na co: np. nazwa leku, rodzaj pokarmu).....

.....

4. Jak znosi jazdę samochodem*?.....

, *Jeśli źle, to prosimy o zaopatrzenie np. w aviomarin lub inny lek uzgodniony z lekarzem.

5. Czy przyjmuje stale leki, w jakich dawkach*?.....

.....

*Jeśli przyjmuje leki, to prosimy o zaopatrzenie uczestnika w ten lek, a sposób dawkowania prosimy przekazać pi-semnie wychowawcy na zbiórce.

6. Czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary?.....

7. Czy u dziecka zdiagnozowano objawy ADHD (zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi)

.....

8. Inne informacje o zdrowiu uczestnika:.....

.....

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

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

Data.....

Podpis pielęgniarki lub rodzica/opiekuna.....

WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH PRZEWIDZIANYCH PROGRAMEM. POTWIERDZAM, ŻE PO-DAŁEM (-AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁA-ŚCIWEJ OPIEKI NA KOLONII/OBOZIE. W RAZIE ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I OPERACJE.

Data.....

Podpis rodziców lub prawnych opiekunów.....

V. ORZECZENIE LEKARSKIE – może wypełnić i podpisać opiekun

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

2. Dziecko może być uczestnikiem obozu/kolonii.....

3. Zaświadczam o braku przeciwwskazań do uczestnictwa.....

4. Zalecenia dla wychowawcy.....

.....

5. Zalecenia dla opieki medycznej.....

Data.....

Podpis lekarza.....

V. INFORMACJA OD RODZICÓW

(prosimy o wskazówki, co do możliwych zachowań dziecka - wypełnia rodzic lub opiekun)

.....

.....

Podpis rodzica /opiekuna.....

VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA PÓŁKOLONII (dane o zachorowaniach, ewentualnych urazach, leczeniu itp.).....

Data.....

Podpis pielęgniarki / lekarza/